Rok L. Kraków, dnia 18. lutego 1911. Nr. 7.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z kliniki dermatologicznej Uniw. Jagiell.

O znaczeniu leczniczem arsenobenzolu (606)

skreślili

Prof. Dr Wład. Reiss i **Dr Fr. Krzyształowicz**

Dyrektor kliniki. Prof. nadzw. dermatologii.

Leczenie przetworem Ehrlicha zastosowano w tutejszej klinice dermatologicznej aż do tego czasu ogółem u 74 chorych, których starano się o ile możności zatrzymywać w klinice aż do ustąpienia wszystkich objawów. Nie we wszystkich przypadkach jednak było to możliwe, dlatego dążyliśmy przynajmniej do tego, aby chorzy opuszczali klinikę wtedy, gdy widoczne objawy kliniczne znikały. Prócz tego jednak staraliśmy się czuwać nad dalszym przebiegiem leczenia, ewentualnie nad pojawianiem się nawrotów przez częste przyzywanie chorych do kliniki celem kontroli. Wszystkich chorych badano we wszystkich szczegółach bardzo dokładnie i w całym przebiegu leczenia zapisywano dokładnie wszystkie spostrzeżenia.

Rozczyn przetworu robiliśmy zawsze w prawie jednakowy sposób z małemi tylko odmianami. Przedewszystkiem wsypany do moździerzyka proszek zwilżaliśmy wyskokiem etylowym w ilości 1 cm³, następnie dodawaliśmy 10 do 20 kropli $^1/_{10}$ rozcz. normalnego ługu sodowego i 3—4 cm³ fizyologicznego rozczynu soli kuchennej, wyjałowionego bezpośrednio przed użyciem i jeszcze ciepłego. Przy rozcieraniu przez parę minut powstawał rozczyn czysty w ilości 4—5 cm³ w całości i taką ilość płynu wstrzykiwaliśmy zazwyczaj strzykawką »Record«.

Dla wstrzykiwań śródżylnych rozczyn robiliśmy w podobny sposób z tą małą różnicą, że dodawaliśmy nieco więcej ługu i już w moździerzu więcej rozczynu soli kuchennej i całą tę ilość wlewaliśmy do wyjałowionej flaszki z rozczynem soli kuchennej, przygotowanej do wstrzykiwania do żył.

Takiego sposobu rozpuszczania używaliśmy w zasadzie, kilka tylko wstrzykiwań zrobiliśmy z rozczynu przetworu w soli kuchennej po zwilżeniu wyskokiem bez dodania ługu sodowego. Przyszedłszy jednak do przekonania że rozczyny choćby lekko zasadowe działają silniej, dodawaliśmy zawsze ługu. Podobnie z początku staraliśmy się otrzymywać przez dodawanie naprzemian kwasu octowego i ługu sodowego, badając rozczynem fenolftaleiny, rozczyn obojętny, — przekonawszy się jednak, że niema różnicy ani w rozpuszczalności przetworu, ani w bolesności samego wstrzykiwania, rozpuszczaliśmy przetwór w ługu sodowym i rozczynie soli kuchennej.

Jednolicie również postępowaliśmy w technice wstrzykiwania. Prócz wstrzykiwań śródżylnych wstrzykiwaliśmy zawsze w mięśnie pośladkowe, podobnie jak przetwory rtęciowe i w ilości, jak to wspomnieliśmy, prawie bez wyjątku 4—5 cm³ płynu. (Wyjątkowy przypadek wstrzyknięcia znacznie większej ilości opiszemy poniżej). Bezpośrednio po wstrzykiwaniu dokonywano zawsze mięsienia pośladka dłonią, wykonywając równocześnie ruchy bierne w stawie biodrowym, poczem zakładano okład z octanu glinowego, stosowany i później w ciągu kilku dni. W kilka dni po wstrzykiwaniu zalecano zazwyczaj ciepłą kąpiel, która łagodziła bole utrzymujące się czasami w pośladku i czas dłuższy.

Wstrzykiwania śródżylne robiono w jedną z żył przegubu łokciowego wedle znanych prawideł zapomocą flaszki z dwiema rurkami w korku, z których jedna połączona jest rurką gumową z igłą, przeznaczoną do wkłucia w żyłę. Niepodobna opisywać wszystkich drobnych trudności i niedogodności samej techniki tego rodzaju wstrzykiwań, — trudności, które czynią je niemożliwemi w praktyce codziennej; to też tylko w dobrze urządzonych klinikach i szpitalach sposób ten nadaje się do użycia. Już ienkość żył u danego osobnika, igła niezbyt ostra, przeszkadzają wejściu igły do żyły, albo doprowadzają do jej przebicia na wylot i do przykrych następstw powstającego nacieku, który wytwarza się również łatwo, gdy choć parę kropel płynu dostaje się do tkanki otaczającej. To też niejednokrotnie trzeba żyłę odsłonić, aby dostać się do niej a technika zabiegu wymaga stanowczo więcej asysty, niż zwyczajne wstrzykiwanie. Przyszłość pokaże, o ile wstrzykiwania śródżylne mają znaczenie w sile i jakości działania tego przetworu, zwłaszcza, że już dziś wiemy, iż po nich następować muszą w bardzo krótkim czasie (2—3 dni) wstrzykiwania miąższowe; — z biegiem czasu zatem dopiero będzie można ocenić, o ile wstrzykiwania śródżylne okażą się niezbędne.

Dawki stosowanego przez nas arsenobenzolu wahały w dość obszernych granicach u poszczególnych chorych, bo między 0,3—1,30 gr. Najwyższa dawka, naraz wstrzyknięta miąższowo, wynosiła 0,8, najmniejsza 0,30 gr., ponieważ jednak robiono w niektórych przypadkach dwa, a nawet trzy wstrzyknięcia miąższowe, ilość przetworu dochodziła do 1,30 gr. W jednym przypadku nacieku pierwo-

tnego wstrzyknięto wyjątkowo 1,40 gr., w dwóch dawkach po 0,7 gr. w przeciągu 8 tygodni. Wstrzykiwania śródżylne wynosiły 0,4—0.6 gr. przetworu, po nich zaś następowały zazwyczaj w 2—3 dni wstrzykiwania miąższowe w dawkach 0,5 gr.- 0,6 gr., razem zatem otrzymywali chorzy 0,9—1,0 —1, 1 gr. arsenobenzolu. W jednym przypadku zrobiono dwa wstrzykiwania śródżylne z przerwą 48 godzin w dawkach po 0,4 gr.

W przeważnej liczbie przypadków (50) robiliśmy jedno wstrzykiwanie (0,4—0,8 gr.) w mięśnie pośladkowe, w 11 przypadkach dwa miąższowe, w jednym po dwóch wstrzykiwaniach w mięśnie (0,5 + 0,5 gr.) trzecie (0,3 gr.) do żyły łokciowej. Wreszcie w 9 przypadkach wstrzykiwaliśmy najpierw do żyły, a w 2—3 dni później miąższowo w pośladek, a w jednym, już wspomnianym, dwa razy do żyły.

Zaznaczyliśmy już powyżej, że po wstrzykiwaniach śródżylnych następowały w bardzo krótkim czasie wstrzykiwania miąższowe, — między miąższowemi zaś, gdy je wykonywano dwa lub trzy razy, przerwy były znacznie dłuższe. W tych przypadkach, w których pierwsze dawki były małe (0,3—0,4) powtarzano wstrzykiwania po 9—10 dniach, trzeci raz wstrzykiwano w 3—4 tygodni po drugiem wstrzykiwaniu. Po pierwszych większych dawkach robiono wstrzykiwania drugie zazwyczaj po 3—5 tygodniach. W jednym przypadku, już wspomnianym, czas między wstrzykiwaniami wynosił 8 tygodni, gdyż drugie wykonano wtedy, gdy chory powrócił z rozpadliną w zabliźnionym po pierwszem wstrzykiwaniu nacieku pierwotnym, z której wyciśnięta surowica zawierała wyraźne krętki blade. U chorego (lues maligna) zaś, który otrzymał dwa wstrzykiwania miąższowe (0,5 + 0,50) z przerwą trzech tygodni, wstrzyknięto do żyły małą dawkę (0,3) już po dwóch tygodniach.

M a t e r y a ł n a s z stanowili głównie chorzy, znajdujący się w okresie drugorzędnym kiły (między nimi większość dotąd nieleczonych), w małej części przypadki kiły późnej z mniej lub więcej złośliwym przebiegiem, prócz tego kilka przypadków pierwotnych nacieków kiłowych, nawet bardzo początkowych, tak, że działanie przetworu widzieliśmy u c h o r y c h w r ó ż n y c h o k r e s a c h t e j c h o r o b y. W niektórych przypadkach nacieków pierwotnych odczyn Wassermanna był jeszcze ujemny — to też takie przypadki budziły najwięcej zainteresowania i wymagały najściślejszych spostrzeżeń i po leczeniu.

P r z y p a d y m i e j s c o w e po wstrzykiwaniu przetworu występowały niejednokrotnie zaraz po zabiegu, czasami nieco później, w 1—2 godzin. Chorzy skarżyli się zazwyczaj albo na silny ucisk albo na uciążliwe bóle o znamieniu neuralgicznem, które rozpromieniały się nierzadko w okolicy krzyżowej i wzdłuż nerwu kulszowego. Sposób i siła odczucia bólu zależy w znacznej mierze od stanu nerwowego chorych lub też od jakichś czynników ustrojowych. U niektórych chorych wystąpiły dolegliwości dosyć późno np. dopiero drugiego lub trzeciego dnia po wstrzyknięciu, i wtedy były silne i długotrwałe. Czasami te miejscowe dolegliwości trwały bardzo krótko, w innych przypadkach spostrzegano je przez szereg dni, a nawet tygodni. W tych ostatnich przypadkach ból bywał więcej ograniczony i dotyczył miejsca wstrzykiwania nie rozpromieniając się ku górze i ku dołowi. W przeważnej ilości przypadków powstawał po kilku godzinach lub dniach mniej lub więcej bolesny obrzęk w miejscu wstrzykiwania, który utrudniał w mniejszym lub większym stopniu leżenie, chodzenie, stanie i siedzenie. Te obrzęki zapalne dochodziły w niektórych przypadkach do dość znacznej wielkości; skóra pośladka była wtedy zaczerwieniona, ciepłota miejscowa nieco podniesiona, nigdy jednak nie było chełbotania. Po kilku dniach naciek przybierał pewną stałą postać, w nierzadkich przypadkach mianowicie wyczuwało się w głębi pośladka guz długi, kiełbasowaty, ciągnacy się zazwyczaj od kości krzyżowej skośnie aż do krętarza (trochanter). W przeważnej ilości przypadków naciek ten powoli ustępował w przeciągu kilku tygodni. niejednokrotnie jednak trwał znacznie dłużej i nawet po 8—10 tygodniach wyczuć można było naciek, wprawdzie niebolesny, ale utrudniający więcej skomplikowane ruchy.

Tylko w niewielu przypadkach towarzyszyły wstrzykiwaniu tylko nieznaczne dolegliwości w okolicy pośladka, tak że chorzy wkrótce po zabiegu mogli swobodnie chodzić. Znamienne jest, że byli to właśnie ci chorzy, u których ciepłota podnosiła się tylko bardzo nieznacznie i dochodziła wysokości zwyczajnie spostrzeganej (do 38° C). U dwóch młodych chorych przebiegało całe leczenie bez śladu bólu, mimo że wstrzyknięta ilość i odczyn płynu nie różniły się od używanych do innych wstrzykiwań, wywołujących wybitniejszy odczyn. Zdaje się nie ulegać żadnej wątpliwości, że ilość wstrzykniętego płynu jakoteż zasadowość jego są najważniejszymi czynnikami w wywoływaniu przypadłości miejscowych. Szereg tego rodzaju przypadków potwierdził to spostrzeżenie. W ogólności jednak można stwierdzić, że chorzy znosili wstrzykiwania arsenobenzolu wcale nieźle.

Niewątpliwie najwybitniejszym objawem, spostrzeganym po wstrzykiwaniach, jest p o d n i e s i e n i e c i e p ł o t y, które utrzymywało się w naszych przypadkach zazwyczaj tylko krótki czas, bo 6—8 dni. Nierzadko w dniu wstrzykiwania ciepłota podnosiła się niewiele ponad 37° C, a dopiero drugiego, trzeciego lub czwartego dnia dochodziła do maksimum, które zazwyczaj przekraczało niewiele 38° C. W wielu przypadkach już pierwszego dnia gorączka dochodziła do 38° C lub nieco powyżej, w największej jednak ilości przypadków najwyższe wzniesienie przypadało na trzecią lub czwartą dobę po wstrzykiwaniu miąższowem. Wogóle powiedzieć można, że zachowanie się gorączki było bardzo osobnicze, tak co do czasu trwania, jak i jej wysokości. Podniesienia jednak po wstrzykiwaniach miąższowych nie były znaczne, rzadko dochodziły do 39° C, a wyjątkowo przechodziły tę granicę. Czas trwania gorączki był, jak wspomnieliśmy, krótki, czasami już 5-go lub 6-go dnia był stan bezgorączkowy, w niektórych przypadkach jednak podniesienie ciepłoty utrzymywało się dłużej, bo do 10-go, a nawet do kilkunastu dni, chociaż tylko w małej wysokości (między 37—38° C).

Trudno rozstrzygać napewno, co w tych ostatnich przypadkach było przyczyną utrzymywania się gorączki ponad zwyczajny przeciąg czasu, jednakże zauważyć można pewien związek między tym odczynem, a utrzymującymi się naciekami w mięśniach. Przypuszczać zatem można, że d ł u ż e j t r w a j ą c a g o r ą c z k a m a z a p r z y c z y n ę o d c z y n m i e j s c o w y w miejscu wstrzykiwania — uszkodzenie tkanek i wsysanie się produktów, powstałych przez zniszczenie tkanki wstrzykniętym płynem.

Po drugiem wstrzykiwaniu gorączka dochodziła mniej więcej do tej samej wysokości i trwała tak samo długo, jak po pierwszem wstrzykiwaniu — czasami była wyższa, znacznie częściej niższa i krócej trwająca. Nieco wyższe gorączki spostrzegaliśmy po wstrzykiwaniu w przypadkach kiły złośliwej, chociaż po drugiem wstrzykiwaniu odczyn był zazwyczaj nieco słabszy. Objaw ten tłomaczyćby można ogólnem osłabieniem ustroju, który w czasie drugiego wstrzykiwania zdołał się skrzepić.

Znacznie wyższe podniesienia ciepłoty zaznaczaliśmy po wstrzykiwaniach śródżylnych, ale zazwyczaj tylko krótkotrwałe. Już w godzinę po wstrzykiwaniu ciepłota podnosiła się nawet do 40° C, a raz nawet powyżej, ale najczęściej już po paru godzinach opadała, jeżeli niezupełnie do stanu prawidłowego, to przynajmniej o 1° C niżej. Drugiego dnia po wstrzykiwaniu ciepłota albo podnosiła się jeszcze, chociaż rzadko do 38° C, albo pozostawała prawidłową. W niektórych przypadkach utrzymywała się dłużej, co by trudno było odnosić do działania leku, a raczej tłomaczyć należy powstawaniem nacieków po niezupełnie udałych wstrzykiwaniach w miejscu wstrzyknięcia, a zatem wtedy, gdy dostało się choćby parę kropli wstrzykiwanego płynu do tkanki otaczającej żyłę, czego czasami, jak wspomnieliśmy, nie podobna prawie uniknąć ze względu na samą technikę wstrzykiwania.

Podniesienia ciepłoty po wstrzykiwaniach miąższowych, robionych w parę dni po śródżylnych, nie były również wysokie, czasami nawet niższe niż bez poprzedzających śródżylnych.

Dalej wspomnieć trzeba, że nie zauważyliśmy wpływu wielkości dawki na podniesienie się ciepłoty po wstrzykiwaniu. W jednych przypadkach dawka 0,40 gr. wywoływała gorączkę powyżej 38° C., w innych po dawce prawie podwójnej (0,7) ciepłota zwiększała się tylko nieznacznie i trwała krótko.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Z kliniki chirurgicznej U. J. (Dyrektor Prof. Dr B. Kader).

Umocowanie wątroby sposobem Haaslera.

Podał

Dr Z. Radliński.

W r. 1907 podał Haasler sposób umocowywania opadniętej wątroby (hepatopexia), polegający na wytworzeniu nowego więzadła z powłoki surowiczej pęcherzyka żółciowego. W odpowiednich przypadkach, a więc tam, gdzie istnieje wskazanie do wycięcia pęcherzyka, gdzie stan ściany pęcherzyka na to pozwala i gdzie jest częściowe opadnięcie wątroby (hepatoptosis), wykonuje Haasler naprzód podsurowicze wycięcie pęcherzyka sposobem podanym przez Witzla. Witzel robił to w celu nieobnażania miąższu wątrobnego przy wycięciu pęcherzyka; Haasler z tem się nie liczy, jak zresztą większość chirurgów, i ma na celu z pozostałej powłoki pęcherzyka uzyskać mocną taśmę łącznotkankową. Taśmę tę przeciąga on przez otwór, umyślnie zrobiony na tępo w miąższu przedniego brzegu wątroby, na jej górną powierzchnię i tam jej koniec umocowuje szwami do tylnej powierzchni VIII. żebra ku zewnątrz od tętnicy sutkowej wewnętrznej (a. mammaria int.). Haasler operował w ten sposób 7 przypadków z wynikiem pomyślnym.

Poniżej daję opis przypadku, który operowałem 12. grudnia r. z. i w którym wyzyskałem pomysł Haaslera do umocowania wątroby, nie trzymając się jednak ściśle podanej przez niego metody.

Chora l. 48. Osiem lat temu przeszła dur brzuszny W tymże roku rozpoczęły się napady bólów w podżebrzu prawem, które występowały początkowo rzadko, a w ostatnim roku nasiliły się znacznie i stały tak częste, że skłoniły chorą do zgłoszenia się do kliniki. Sześć lat temu prócz bolów — żółtaczka, trwająca kilka tygodni. Bóle rozpromieniają się między łopatki, towarzyszą im nudności i wymioty. Wywiady zupełnie typowe dla napadów kamicy żółciowej, nie pozwalające jednak na wnioski o przebyciu stanów zakaźnych i ostrozapalnych w drogach żółciowych.

Badanie chorej wykazuje, co następuje: osobnik miernie zbudowany i odżywiony. Powłoki brzuszne wiotkie, skóra pomarszczona, zwłaszcza w dolnej połowie brzucha, gdzie są również liczne pręgi po przebytych 5 ciążach. Prawostronna przepuklina udowa wielkości jaja kurzego. Narządy oddychania, krążenia — bez zmian, mocz prawidłowy.

W jamie brzusznej nie stwierdza się zmian innych, prócz ze strony wątroby. Wątroba ma duży płat sznurówkowy, wytworzony z prawego płata wątroby i opuszczający się aż do talerza biodrowego. Ostry przedni brzeg płata odsznurowanego wyczuwa się wyraźnie; przebiega on pionowo cokolwiek na zewnątrz od linii sutkowej. Ku górze płat odsznurowany łączy się z resztą wątroby, której brzeg przedni jest obniżony i wyczuwalny wyraźnie cokolwiek ponad poziomem pępka (anteflexio hepatis). Tworu, któryby odpowiadał pęcherzykowi żółciowemu wymacywaniem stwierdzić nie można. Jedynie większa wrażliwość przy dotyku miejsca, odpowiadającego połączeniu płata odsznurowanego z resztą wątroby, nasuwa przypuszczenie o znajdującym się tu schorzałym pęcherzyku.

R o z p o z n a n i e: Kamica żółciowa (?), częściowe opadnięcie wątroby, płat sznurówkowy.

W znieczuleniu zapomocą dwukrotnego wstrzyknięcia po 0,02 pantoponu (Roche) i 0·00035 skopolaminy z dodatkiem na chwilę przed rozpoczęciem zabiegu nieznacznej ilości chloroformu do wdychania, otworzyłem jamę brzuszną cięciem skośnem, przebiegającem o szerokość palca poniżej łuku żebrowego w linii sutkowej, a dochodzącem do linii środkowej ku wewnątrz, a ku zewnątrz do linii pachowej średniej. W całej linii cięcia ukazała się naprzód górna powierzchnia wątroby. Po uniesieniu ku górze jej przedniego brzegu znalazłem pęcherzyk żółciowy, pokryty licznymi zrostami, łączącymi go zarówno z przednią ścianą odźwiernikowej części żołądka, jak i z okrężnicą poprzeczną. Po rozcięciu wszystkich zrostów między podwiązkami i obmacaniu pęcherzyka i dróg żółciowych przekonałem się o nieobecności kamieni. Zrosty świadczyły o przebytych stanach zapalnych pęcherzyka. Za tem również przemawiała zgrubiała ściana niepowiększonego pęcherzyka.

Płat sznurówkowy stanowił mniej więcej $^{1}/_{3}$ ogólnej wielkości wątroby, oddzielony był od niej bruzdą, przebiegającą mniej więcej strzałkowo i rozpoczynającą się o szerokość 2 palców ku zewnątrz od wcięcia pęcherzykowego. Dno bruzdy wysłane szarawą tkanką łączną. Odpowiednio do bruzdy grubość wątroby zmniejszona tak, iż można wykonać ruchy wahadłowe płatem odsznurowanym, jakby na zawiasie.

Naprzód wykonałem oddzielenie pęcherzyka żółciowego od wątroby i wyosobnienie przewodu pęcherzykowego aż do przewodu żółciowego wspólnego. Wzdłuż dolnej po-

wierzchni pęcherzyka naciąłem jego powłokę surowiczą i odpreparowałem ją od mięśniówki stopniowo naokoło całego pęcherzyka. Szło to dość łatwo; w paru tylko miejscach na powłoce powstały nieznaczne naddarcia. Wyosobniwszy »miąższ« pęcherzyka aż do przewodu pęcherzykowego i na samym przewodzie również odpreparowawszy błonę surowiczą od mięśniowej, zgniotłem mięśniową część przewodu blizko przewodu wspólnego, nie ujmując w zgniatacz błony surowiczej. Podwiązka z katgutu na bruzdę ze zgniecenia powstałą, odcięcie pęcherzyka jednem cięciem nożyczek. Miałem teraz powłokę surowiczą pęcherzyka w postaci mocnej taśmy z tkanki łącznej. Umocowanie wątroby na tej jednej taśmie wydało mi się za mało pewne, a przytem obawiałem się przez zawieszenie na niej całego ciężaru wątroby wywołać kątowe przegięcie przewodu wątrobnego i wspólnego i możliwość ich zaciśnięcia na miejscu ich połączenia przez zbyt silne pociąganie ku przodowi za przewód pęcherzykowy. Dla tego postanowiłem dodatkowo umocować płat odsznurowany do wewnętrznej powierzchni łuku żebrowego. Wycięcia płatu zaniechałem ze względu na jego wielkość i prawidłowe wejrzenie. Założyłem 3 szwy z najgrubszego katgutu (Nr 8) ujmujące otrzewnę i warstwę mięśniową (przeponę) na łuku żebrowym i przechodzące przez miąższ brzegu płata odsznurowanego. Szwy założyłem w odległości około 2 cm. jeden od drugiego. Górną powierzchnię płata na znacznej powierzchni oskrobałem zlekka nożem, (nie wywołując krwawienia), a prócz tego stosownie do rady Rovsinga, zrobiłem liczne drobne nakłucia (skaryfikacye) aby uzyskać mocniejszy zrost z dolną powierzchnią przepony. Szwy zawiązałem na dolnej powierzchni wątroby, poczem płat odsznurowany stanął w miejscu prawidłowem, a zwisał tylko przedni brzeg wątroby bliżej ku linii środkowej. Przy pociąganiu ku górze wiązadła, uzyskanego z pęcherzyka, i ta część wątroby zajmowała miejsce prawidłowe. Teraz dwoma szwami z katgutu średniej grubości przyszyłem nowe wiązadło do przedniej ściany brzusznej i nadmiar jego, około 2 cm. obciąłem. Tampon z gazy na okolicę przeciętego przewodu pęcherzykowego, dwa wązkie paski gazy pomiędzy szwy katgutowe na płacie odsznurowanym pomiędzy wątrobą a przeponą. Typowy piętrowy szew rany brzusznej z wyjątkiem otworu dla wypuszczenia tamponu z pod wątroby i małej szczeliny, przepuszczającej paski gazy w linii pachowej przedniej.

Od sposobu Haaslera odstąpiłem tu, nie prowadząc nowego wiązadła przez otwór w wątrobie na jej górną powierzchnię i dodając do pomocy nowemu więzadłu jeszcze 3 szwy katgutowe na płacie odsznurowanym.

Już zaraz po zawiązaniu szwów odniosło się wrażenie że umocowanie wątroby jest pewne i mocne, odpowiada jej wadze, i że wątroba leży w miejscu zupełnie prawidłowem.

Korzystając ze znieczulenia, które od połowy mniej więcej zabiegu utrzymywało się zupełnie bez dodawania chloroformu, (nieznaczne zaburzenie w oddychaniu opanowane zostało kilkunastu rytmami sztucznego oddychania) wykonał kol. Warzeszkiewicz prócz tego doszczętną operacyę przepukliny udowej sposobem prof. Kadera z moją odmianą.

Przebieg pooperacyjny zupełnie gładki. Chorą pozostawiłem w łóżku przez 4 tygodnie; rany zagoiły się doraźnie z wyjątkiem otworów tamponowanych, które szybko wypełniły się ziarniną.

W sześć tygodni po operacyi przedstawiłem chorą w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem. Można było wówczas stwierdzić, że wątroba zajmuje miejsce prawidłowe, jest niemacalna. Bóle ustąpiły zupełnie.

Przy opisanem postępowaniu, zarówno jak przy sposobie Haaslera wydaje mi się, że nie zupełnie jest wyłączoną możliwość przegięcia i zaciśnięcia przewodów żółciowych przez pociąganie za przewód pęcherzykowy. Wobec tego w następnym odpowiednim przypadku zamierzam przewód pęcherzykowy przeciąć zupełnie tuż przy przewodzie wspólnym i pociągając go ku przodowi wraz z nim oddzielić od dolnej powierzchni wątroby tylną $^1/_2 - ^2/_3$ pęcherzyka, pozostawiając przednią część w związku z wątrobą. Teraz dopiero nastąpiłoby nacięcie błony surowiczej pęcherzyka, wyosobnienie i usunięcie »miąższu« pęcherzyka. Uzyskana taśma łącznotkankowa pozostaje w związku z dolną powierzchnią wątroby, a nie ma żadnej łączności z przewodami. Uwzględniam tu mocniejszy jak wiemy związek pęcherzyka żółciowego z wątrobą w przedniej jego części w porównaniu z luźnym przeważnie związkiem w tylnej. Wolny koniec taśmy, wiązadła, odpowiadający przewodowi pęcherzykowemu da się teraz umocować wprost szwami do tylnej powierzchni łuku żebrowego, albo też po przeprowadzeniu przez kanał, zrobiony na tępo w miąższu wątroby ku jej górnej powierzchni. W razie potrzeby dodać można prócz tego szwy z katgutu przez miąższ brzegu wątroby na płacie odsznurowanym, jak w opisanym przypadku.

Piśmiennictwo. 1) Bergmann, Bruns, Mikulicz. Podręcznik chir. szczegół. Wyd. II. 1902. T. 3 str. 490. Hepatoptosis. — 2) Haasler. Ueber Cholecystectomie. Obrady 36 Zjazdu Chirurgów w Berlinie 1907. Str. 481. II. — 3) Pels-Leusden. Chirurgische Operationslehre 1910. Str. 618.

Z zakładu fizyologicznego U. J. Prof. Cybulskiego.

Metoda elektrokardyograficzna, jej znaczenie, oraz zastosowanie kliniczne.

Podał

Dr med. Maryan Eiger.

(Rzecz, przedstawiona na posiedzeniu krakowskiego Tow. lekarskiego d. 30. grudnia 1910 r.).

(Dokończenie).

II. Galwanometr strunowy dzięki swej czułości i dokładności przedstawił oczom badaczy tyle szczegółów, chociażby w postaci załamków krzywej, że trzeba było odpowiedzieć na pytanie, dlaczego powstają takie załamki, a nie inne, i od czego zależy kierunek tych odchyleń. Ponieważ wyjaśnienie zjawisk tych wymagało z jednej strony znajomości najbardziej subtelnych zjawisk elektrofizyologii, a z drugiej strony dokładnej znajomości patologii chorób sercowych, które przedstawiają całe mnóstwo najrozmaitszych stanów serca i nieraz niezwykle trudno dających się wytłómaczyć kombinacyi tych stanów, więc nic dziwnego, że początkowe teorye, objaśniające powstawanie krzywej prawidłowej i patologicznej, nie mogły odrazu być tak ścisłe, ażeby ująć wszystkie zjawiska elektrokardyograficzne i kliniczne w jednolitą jakąś całość. Einthoven, łącząc słusznie przesuwanie się elektrycznego stanu czynnego z falą mechanicznego skurczu mięśnia, zupełnie jednakże dowolnie uzależnił powstawanie załamka R od prawej komory, załamka S od wierzchołka lewej komory, a powstawanie T ujemnego lub dodatniego od stanu pobudzenia prawej lub lewej połowy serca, bo jak widzieliśmy, wszystkie te załamki powstają w sercu jednokomorowem żaby i ryby. Einthoven, rozwijając swą teoryę, doszedł do przekonania, że pauza pomiędzy S i T świadczy jakoby o tem, iż wszystkie włókna komór są jednakowo czynne i skutkiem tego nie otrzymujemy żadnego odchylenia; jeżeli ten skurcz całej masy ko-

mór kończy się jednocześnie, to załamek T nie występuje. T więc zdaniem Einthovena świadczy o końcu nierównomiernym tego ogólnego skurczu mięśnia. Teorya Einthovena, na szczęście niesłuszna, doprowadziła go nawet do tego, że załamki S, R i T odpowiadają niezawsze jednakowym okresom skurczów sercowych. Nie uświadomił sobie genialny twórca galwanometru strunowego, że tą swoją teoryą mógł zniszczyć całą wartość metody elektrokardyograficznej, gdyż jeżeliby jeden i ten sam załamek odpowiadał różnym okresom skurczu serca, to nie mielibyśmy możności skontrolowania, z czem właściwie w każdym poszczególnym przypadku mieliśmy do czynienia?

Z innych teoryi wspomnimy tu pokrótce o teoryi Nicolaia i Krausa, podług której wzniesienie się załamka R do góry zależy od tego, że najpierw pobudzona jest podstawa komory, a jej załamek ku dołowi S zależny jest od tego, że stan czynny elektryczny przeszedł do wierzchołka, a załamek T, zwrócony w tę samą stronę, co załamek R, zależny jest od tego, że stan czynny pojawił się znowu u podstawy komory. Całą krzywą elektrokardyograficzną Nicolai i Kraus uważają za algebraiczną sumę prądów najrozmaitszych, które płyną po części w przeciwnych jakoby kierunkach. Podobną do teoryi Nicolaia i Krausa jest teorya embryologiczna Gotcha, która objaśnia kierunek załamków kierunkiem włókien serca w zależności od zagięć komory, powstających w komorze w okresie rozwoju zarodkowego, podczas którego, jak wiadomo, u zwierząt wyższych serce z rury naczyniowej mniej więcej prostej przechodzi w formę, zbliżoną do odwróconej litery S. Wreszcie Rothberger i Eppinger zapatrują się na elektrokardyogram, jako na wynik dwóch sił działających antagonistycznie we włóknach komory podłużnych i kolistych. Podłużne włókna wywołują jakoby podnoszenie się, a koliste opadanie struny, a przeto i linii załamków. Wszystkie te teorye nie wytrzymują krytyki anatomo-porównawczej, gdyż w sercach zarówno składających się z jednej komory, jak i nieposiadających mięśni brodawkowych, (odgrywających wielką rolę w teoryi Nicolaia), jak n. p. u żab zarówno, jak u ryb, u których przedsionek i komora leżą na jednej linii, otrzymujemy takiesame załamki, jak n. p. u psa i człowieka.

Wreszcie zarówno Einthoven, Nicolai, jak Kraus i Gotch i inni autorowie twierdzą, jakoby cała część krzywej od R do końca T świadczyła o tem, iż kurczą się wprawdzie wszystkie mięśnie, lecz że prądy w sumie dają O i nie wywołują drgań struny. Jeżelibyśmy na chwilę przyjęli ich teorye, to musielibyśmy dojść na zasadzie obliczeń, że przestrzeń od podstawy komory serca żabiego do wierzchołka, przechodzi stan czynny elektryczny od $^{1}/_{60}$ do $^{2}/_{60}$ sekundy, co odpowiada rzeczywistej długości komory u żaby (5—10 mm.), podczas gdy odwrotną drogę tęsamą od wierzchołka do podstawy komory stan czynny przebywa w ciągu całej niemal sekundy, co odpowiada drodze wielokroć dłuższej.

Ponieważ prąd elektryczny idzie zawsze drogą najmniejszego oporu, ponieważ włókna mięśniowe w sercu, każde poszczególne, połączone są mostkami, opisanymi przez Przewoskiego, a wszystkie systemy włókien sercowych są również połączone z sobą, jak to wynika z opisów Ludwiga, Hisa, Albrechta i t. d., to niezrozumiałym byłby fakt, dlaczego stan elektryczny miałby się przesuwać pomiędzy dwoma tymi samymi punktami, raz drogą mającą przeciętnie 7 milimetrów, a drugą mającą aż trzy metry niemal.

Odmiennie zapatruje się na zjawiska te Cybulski. Doszedł on do przekonania na zasadzie swych doświadczeń, że na mięsień nawet nieuszkodzony, względnie włókienko nerwowe, zapatrywać się należy, jako na szereg bateryi elektrycznych, w której wbrew twierdzeniu Hermana, a zgodnie ze zdaniem Du Bois Reymonda, stale wytwarza się prąd. Przekonał się on, że w mięśniu właściwie mamy do czynienia ze zwykłemi zjawiskami elektrochemicznemi, zależnemi od przemiany materyi w tkankach żywych. Wiadomo bowiem, że cały szereg związków chemicznych, jak n. p. kwasy, sole i zasady, rozpuszczone w wodzie, rozkładają się na dwie części, z których jedna posiada w sobie ładunek dodatni, druga ujemny. Te dwie części nazywami jonami. Otóż te dwa jony ulegają dyfuzyi i osmozie, gdy się znajdują w rozczynach o różnych zgęszczeniach, przyczem każdy jon posiada sobie właściwą ruchliwość. Dzięki tej różnicy ruchliwości jonów powstają także różnice potencyału elektrycznego, które rzeczywiście są powodem powstawania prądu. Dodatnie jony, przesuwają się szybciej i są zawsze na przodzie, ujemne pozostają nieco w tyle. Oto, jak twierdzi Cybulski, jest najprawdopodobniejsze źródło prądów, które spostrzegamy w tkankach, a więc w mięśniu i sercu. I w istocie w każdej tkance żywej odróżniamy dwa zasadnicze procesy; jeden polega na syntezie, na asymilacyi, drugi proces polega na dezasymilacyi, na rozkładzie żywej materyi. Oczywiście, że w obu procesach muszą powstawać nowe substancye. Te substancye jako jony ulegają dyfuzyi i w ten sposób wywołują różnicę potencyału, a więc powstawanie prądów. Gdy mięsień jest w spoczynku, dowodzi Cybulski, i odbywa się w nim asymilacya, prąd ma kierunek od dołu ku górze, jest przeto w mięśniu wstępujący, gdy zaś mięsień się kurczy, jest czynny, to prąd staje się odwrotnym i jest zstępujący. Jest to najważniejszy, podstawowy punkt całej elektrofizyologii mięśni i fakt ten pozwala w zupełności, bez uciekania się do rozmaitych odwoływań, jak to uczynił Einthoven w sprawie załamka Q, albo Nicolai w sprawie lewej i prawej połowy serca, ująć zjawisko krzywej elektrokardyograficznej w ściśle określone ramy i objaśnić wszystkie zdaje się bez wyjątku dotychczas znane w piśmiennictwie krzywe i ich załamki zapomocą stałych, dających się określić faktów.

Jeżeli bowiem spojrzymy na krzywą jednokomorowego serca żabiego, otrzymaną w ten sposób, że jedna elektroda była na przedsionku, a druga na środku komory, to występują w niej wszystkie znane załamki, przyczem załamek S występuje bardzo wyraźnie. (Patrz ryc. 5 i 2 B).

Jeżeli porównamy tę krzywą z krzywą tegosamego serca żabiego z tą różnicą, że elektrodę dolną ustawimy nie na środku komory, lecz na koniuszku, to otrzymujemy zawsze krzywą bez załamka S (ryc. 2 A). Że załamek S stanowczo nie zależy od lewej lub prawej komory, wynika z tego, że żaba zarówno, jak i ryby, mają jedną tylko komorę, musimy więc dojść do przekonania, że powstanie załamka S zależne jest od tego, cośmy uczynili, t. j. od przesunięcia elektrody ku koniuszkowi serca. I w istocie na krzywej

pierwszej, gdy elektroda umieszczona jest na środku komory, spostrzegamy następujące zjawisko. Gdy zaczynają przesuwać się jony, przesuwają się one w ten sposób w mięśniu, że posiadające większą szybkość jony dodatnie są na przodzie, jony zaś ujemne pozostają w tyle. Skutkiem tego górna elektroda jest ujemną, a stojąca w pośrodku komory jest dodatnią i otrzymujemy wychylenia R, idące ku górze. Gdy jednakże stan czynny elektryczny przesunie się ku koniuszkowi, wtedy elektroda, na środku komory będąca, pozostaje w tyle jonów, czyli zbiera jony ujemne. Elektroda ta staje się ujemną, musimy przeto otrzymać kierunek prądu odwrotny, a więc i załamek S odwrotny do poprzedniego R. Wystarcza jednak przesunąć elektrodę na koniuszek, by otrzymać jedno tylko zjawisko, mianowicie: że elektroda górna jest ujemną, elektroda zaś na koniuszku serca jest dodatnią i wystąpi tylko załamek R, a załamek S w takich warunkach już powstać nie może. To doświadczenie możemy powtórzyć na temsamem kurczącem się sercu żaby dowolną ilość razy.

To co powiedzieliśmy o komorze, to samo oczywiście musi stosować się i do przedsionka, bo właściwie różnicy zasadniczej pod względem występowania zjawisk elektrycznych w komorach i przedsionkach być nie może. I rzeczywiście na krzywych, otrzymywanych z serc żab*), psów, a nieraz i ludzkich, otrzymujemy takiesame w zasadzie zjawiska, takąsamą dwufazowość odchylenia, jakie spostrzegamy w komorze. Różnica polega tylko na tem, że gdy w komorach stan czynny, równie jak fala skurczu, zaczyna się od bruzdy poprzecznej i idzie ku koniuszkowi (właściwie więc od góry ku dołowi) i daje odchylenie R, to, jak wiadomo, w przedsionkach zaczyna się fala skurczu i stan czynny u wpustu żyły głównej dolnej i musi przejść jeszcze przeto drogę dodatkowo najprzód ku górze i dlatego w krzywej przedsionka spostrzegamy pierwszą fazę odwrotną do R, a później dopiero drugą, idącą w tymsamym kierunku, co załamek R.

Na zasadzie krzywych naszych moglibyśmy się nawet posunąć tak daleko, że i przedsionki dają odchylenie T; lecz o załamku T będę mówić za chwilę.

Tymczasem pragnę, korzystając z krzywych Einthovena, dowieść, że wszystkie niemal zjawiska, występujące w krzywej przy przerostach serca, dają się wytłómaczyć łatwo zapomocą teoryi, tutaj dziś bronionej. Einthoven doszedł dziś do przekonania, jakoby zawsze przy przerostach prawego serca występowało charakterystycznie bardzo wybitne R, a przy przerostach lewego serca R nie występowało wcale lub tylko bardzo słabo, natomiast występowało tylko wybitne S. I Einthoven uzależnia te rzeczywiście często powstające zmiany krzywej przy przerostach od zmiany stanu pobudzenia, stanu czynnego w różnych miejscach mięśnia sercowego. Że tłómaczenie jego jest niesłuszne, postaramy się dowieść na jego własnych dwóch krzywych. Na pierwszej krzywej **) przy przeroście lewego serca widzimy rzeczywiście bardzo małe R, a bardzo wybitne S. Jednakże krzywa druga, u tegosamego chorego otrzymana niezwłocznie po pierwszej, wykazuje naodwrót wybitne R, a S zaledwie dostrzegalne. Skąd mogła powstać różnica w tych dwóch krzywych, otrzymanych prawie jednocześnie u tegosamego chorego? Wszak nie zmienił się sam chory, ani kierunek włókien jego serca, ani miejsce powstawania stanu czynnego, ani bieg jego, ani kierunek fali skurczu. Różnica powstała stąd, że krzywą pierwszą otrzymał Einthoven z lewej ręki i z lewej nogi, natomiast drugą krzywą otrzymał przy odprowadzaniu prądu od obydwu rąk. Zamiast więc mówić o zmianie miejsca powstawania stanu czynnego w rozmaitych jakoby miejscach mięśnia sercowego tegosamego chorego, powinien był Einthoven dojść do wniosku, że tylko odprowadzenie wpłynęło na obraz krzywej, a nie zmiana stanu podrażnienia serca. Jeżeli przypomną sobie Panowie to, co mówiliśmy o powstawaniu załamka S w sercu żaby, to zrozumieją Panowie, dlaczego przy odprowadzeniu od obojga rąk otrzymał Einthoven przy przeroście lewego serca u tegosamego chorego wysokie R, gdy przy odprowadzaniu od ręki i nogi otrzymał małe R, a duże S. Ta zmiana krzywej u tegosamego chorego zależy rzeczywiście tylko od sposobu odprowadzania prądu. I w istocie wiemy, że przy przeroście lewego serca, wywołanym np. wadami zastawkowemi aorty, koniec serca leży niżej, niż zwykle. Ta więc linia ubocznego zamknięcia, która u zdrowego odprowadzała prąd od końca serca do nogi, odprowadzać będzie od serca przerosłego już nie od koniuszka, lecz od środka komory. I mamy tesame przenoszenia się jonów, jakie spostrzegaliśmy u żaby, gdyśmy odprowadzali prąd od środka komory, t. j. wybitne S. Przy odprowadzaniu od obu rąk nie otrzymujemy tego, bo przerosła komora lewa nie przesuwa się ku górze, lub przesuwa się bardzo nieznacznie. Natomiast jeżeli Einthoven nie spostrzegał przy przerostach prawego serca wzrastania S, a natomiast wzrastanie tylko zwykłego R, to jest to zupełnie zrozumiałe i wynika z anatomicznego położenia serca.

Jak Panom wiadomo, serce leży tak, że przy przerostach prawego serca nie wyciąga się ono zwykle ku dołowi, lecz tylko rozszerza lub podnosi się ku górze. A że przerosłe serce daje wogóle wychylenie wybitniejsze, wynika to stąd, że przerosły mięsień, jako szerszy, stwarza lepsze stosunki przewodnictwa, a skutkiem rozrostu często tkanki mięsnej serca powiększa się w myśl teoryi Cybulskiego ilość bateryi elektrycznych, co wpływa na zwiększania się prądu, a przeto i na większe wychylenia struny. Lecz klinicysta nie powinien zapominać, że przemieszczenie serca zależy nietylko od samego przerostu, lecz i od całego szeregu czynników innych, jak od stanu przepony, od oddychania, od stanu płuc, od zrostów, obecności płynu etc., co zresztą bardzo dokładnie opisał Sahli. Z tego więc widzą Panowie, że strunowy galwanometr pozwoli stwierdzać przerosty serca i związać przerosty te z topograficznem położeniem przerosłej części. Opukiwanie i rentgenografia serca połączone być muszą z metodą Kautenberga i Minkowskiego określania stanu lewego przedsionka, metodą określania żylnego tętna i metodą elektrokardyograficzną.

W podobny sposób objaśnić możemy fakt, spostrzeżony przez Heubnera i Nicolaia, fakt otrzymania załamka S u osesków i dzieci. Wiadomo bowiem, że u noworodków i dzieci małych koniuszek serca leży na zewnątrz od linii sutkowej. Zwykła więc linia ubocznego zamknięcia poprzez

*) Dokładny opis załamków przedsionkowych i krzywej serc limfatycznych pojawi się wkrótce w druku wraz z opisem doświadczeń.

**) Einthoven. Pflüger's Archiv. für die ges. Physiologie T. 122, 1908, str. 569, fig. 30 i fig. 31.

rękę i nogę przypada nie na koniuszek, który może być nawet wyżej, lecz na środek komory; również w ten sposób tłomaczymy sobie powstawanie S przy głębokim wdechu.

Z punktu widzenia tego poglądu możemy również objaśniać i rozdwojenie się załamka R i S, co do których Einthoven i Kahn nie mogą udzielić żadnych objaśnień i również załamek Q, lecz uczynimy to dokładniej na innem miejscu.

Na zakończenie słów parę o załamku T. Mówiliśmy już przedtem, że załamek T nie może zależeć od skurczu mięśni podstawy komory, tak jak to sobie wyobraża Nicolai lub Einthoven, gdyż na to nie pozwalają obliczenia szybkości przenoszenia się stanu czynnego. Do tego dowodu dodać musimy jeszcze i to, że pod wpływem środków usypiających, np. chloroformu i eteru, zmienia się załamek T i krzywa całego okresu skurczu mechanicznego komór ma kierunek odwrotny, a w szczególności ten fakt, że u tegosamego osobnika zdrowego całe T zmienia się na dodatnie lub ujemne lub nie otrzymuje się go wcale. Trudno przypuścić, aby pod wpływem środków, np. chloroformu, kierunek skurczu mięśnia zwłaszcza sercowego, a więc może i fali krwi, zmieniał się dowolnie.

Wszystko to przemawia za tem, że odchylenie T nie jest zależne od przechodzenia fali skurczowej i związanego z nim stanu czynnego elektrycznego. Inne zupełnie jest pochodzenie tego załamka. Mówiliśmy już, że przy asymilacyi i dezasymilacyi w komórce mięsnej powstają jony, które są powodem różnicy potencyałów elektrycznych i powstawania prądów.

Załamek T tym właśnie wewnętrznym procesom chemicznym anabolizmu i katabolizmu zawdzięcza swe powstanie. Zrozumiałe się staje wówczas, że załamek T dodatni, świadczący u żaby i psa o odtwarzaniu się tkanki, staje się pod wpływem środka usypiającego, t. j. poniekąd trującego, ujemnym, co świadczy o rozpadzie wewnątrz tkanki mięsnej. Zrozumiałem się wówczas również staje, dlaczego załamek ten u osobników młodszych, jak to stwierdził Nicolai, jest zawsze wyższy niż u osobników po latach 40, i dlatego spada on do zera prawie u starców i dlaczego u studentek znajdował Nicolai mniejsze T, gdyż, jak wiadomo Panom, u młodych kobiet znajdujemy również zawsze mniejsze liczby, jeżeli chodzi np. o ilość czerwonych ciałek krwi, ilość hemoglobiny, ilość zużytych jednostek cieplnych i t. d. Jeżeli tak jest w istocie, mamy więc nowy sprawdzian procesów, zachodzących wewnątrz samej komórki mięsnej i nowe otwiera się pole do badań.

Przekonaliśmy się, że dzięki metodzie elektrokardyograficznej Einthovena zarówno fizyologia, jak i kliniczne gałęzie medycyny wzbogaciły się o jedną nadzwyczajnie czułą i dokładną metodę badania serca. Pozwala ona badać serce, ten narząd, o którym mówią, że jest »primum movens et ultimum moriens«, od pierwszych niemal dni jego czynności aż do śmierci, a nawet i po śmierci ustroju, albowiem otrzymano wielką ilość krzywych z serc zwierząt i dzieci w kilkanaście, a nawet w kilkadziesiąt godzin po śmierci ustroju, działając na wycięte serca płynem Ringera.

Zarówno więc medycyna wewnętrzna, jak chirurgia i farmakologia, a być może i położnictwo, oraz weterynarya, korzystać będą musiały z przyrządu Einthovena, albowiem opisano już przypadki, w których metoda elektrokardyograficzna zdołała stwierdzić nieprawidłową działalność serca tam, gdzie wszystkie inne metody badania zawiodły.

Oceny i sprawozdania.

Najnowsze biologiczne metody rozpoznawcze gruźlicy

(Przegląd krytyczny)

podał

Dr Jan Nowaczyński
demonstrator kliniki lekarskiej Uniw. Jag.

(Ciąg dalszy).

3) Odczyn odchylenia komplementu.
(Bordet-Gengou)

Metoda ta, wprowadzona do pracowni naukowych oraz klinik przez Bordeta i Gengou, znalazła wkrótce rozległe zastosowanie w dyagnostyce różnych spraw chorobowych, zwłaszcza chorób zakaźnych. I tak Widal i Le Sourd (Soc. med. des. hopit. 6 lipca 1901) zastosowali ją pierwsi do rozpoznawania duru, Camus i Pagnier (Compt. rend. soc. biol. 6 lipca 1901) do rozpoznawania gruźlicy; w Niemczech rozpowszechnili ją w rozpoznawaniu gruźlicy Wassermann i Bruck (Deut. med. Woch. 1906 str. 448), oraz Citron, Morgenroth i Rabinowicz; do rozpoznawania kiły zastosowali ją z pomyślnym wynikiem Wassermann, Neisser i Bruck, do rozpoznawania bąblowca wątroby Weinberg i Parvi, inni wreszcie do rozpoznawania wielu innych chorób zakaźnych, jak nagminne zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, krztuśca i trądu.

Zanim przystąpię do omówienia metody, nie od rzeczy może będzie przypomnieć niektóre techniczne określenia, któremi posługujemy się w serologii.

Antygenem czyli wywoływaczem, nazywamy jak wiadomo każde ciało, które wprowadzone do ustroju wywołuje tworzenie się swoistych niweczników (anticorps). Substancya uczulająca (subst. sensibilisatrice autorów francuzkich) lub amboceptor (niemieckich) czyli dwuchwytnik, jestto substancya, powstająca w surowicy ustroju do którego wprowadzono antygen; jest ona swoistą i odporną na ciepłotę 56° (termostabil). Komplement (aleksyna) czyli dopełniacz jestto substancya istniejąca prawidłowo we wszystkich surowicach; ciepłota 56° C niszczy ją (termolabil), nie jest swoistą, lecz jest konieczną dla hemolizy w mieszaninie ciałek czerwonych z ich amboceptorem hemolitycznym.

Odczyn związania komplementu określa Bordet-Gengou, mówiąc, iż, jeśli zmiesza się antygen z amboceptorem jemu właściwym, czyli jego niweczn ikiem (anticorps) oraz z komplementem, to komplement zostaje związany zapomocą amboceptora z antygenem; jestto zasada ogólna. Chodzi teraz tylko o sprawdzenie, czy komplement został związany czy nie; jeśli jest wolny, oznacza to, że niema w danym odczynie amboceptora swoistego dla antygenu, użytego do odczynu, przeciwnie zaś, jeśli jest dopełniacz związany, świadczy to za obecnością amboceptora. Dla wykazania więc tego Bordet-Gengou zastosowali zasadę znaną w serologii, która powiada, iż surowica hemolityczna dla pewnego gatunku ciałek czerwonych traci swe własności hemolityczne, jeśli się zniszczy jej komplement, odzyskuje je zaś, jeśli się jej doda jakiegokolwiek nowego komplementu; nowy więc system hemolityczny, składający się z surowicy ogrzanej do ciepłoty 56° oraz ciałek czerwonych, dodany do poprzedniej mieszaniny antygenu, niwecznika oraz komplementu uwidoczni nam, czy komplement znajduje się

w stanie wolnym, czy związanym, a to zależnie od tego, czy w systemie hemolitycznym wystąpi hemoliza, czy nie. Jeśli wystąpi hemoliza, dowodzi to, iż komplement został związany przez system hemolityczny czyli, że w danej mieszaninie nie było niwecznika swoistego dla antygenu. Innemi słowy chory, którego surowicy użyto jako niwecznika do badania, nie ulega danej chorobie; przeciwnie zaś, jeśli hemolizy się nie stwierdzi, oznacza to iż komplement został od systemu hemolitycznego oderwany a natomiast wszedł w ścisły związek z antygenem i niwecznikiem, tym razem swoistym dla danego antygenu; stąd wniosek, iż w surowicy badanej znajdował się niwecznik swoisty, chory zatem dotknięty jest schorzeniem, którego poszukiwano.

Oto zasada metody, która jednakże w rzeczywistości jak uczy doświadczenie, nie przedstawia się tak niezachwianie, owszem ulega licznym modyfikacyom.

Co się tyczy wyników, jakie daje metoda Bordet-Gengou w zastosowaniu praktycznem, zaznaczyć należy, iż są one bardzo niestałe. Gdy Widal i Le Sourd wykrywają zapomocą tej metody znaczny odsetek osobników gruźliczych, to inni, jak Wasserman i Bruck, Lüdke, Cohn i t. d. stwierdzają dodatnie wyniki tego odczynu bardzo rzadko nawet u ludzi, napewno chorych na gruźlicę. I zdaje się, że te drugie wyniki odpowiadają rzeczywistości, za czem przemawia jeszcze fakt, iż bardzo często nie można wykryć niweczników gruźliczych w surowicach zwierząt sztucznie zakażanych gruźlicą, fakt, stwierdzony zresztą licznemi doświadczeniami w Zakładzie Pasteurowskim Calmettea w Lille. W ostatnich czasach Bezançon i H. de Sorbonnes (l. cit.) podjęli dokładne studya nad tą metodą, porównując jej wyniki z wynikami, jakie dają inne odczyny (precypitacya, odczyn skórny i t. p.). W badaniach swych przekonali się iż chcąc, by odczyn był dodatni, należy zastosować technikę bardzo subtelną i dokładnie obrachowaną, a więc miareczkować antygen, surowicę hemolityczną, komplement i t. p.; należy używać ciałek krwi nierozcieńczonych, wreszcie surowicę chorego trzeba brać do badania przed jedzeniem, gdyż surowica wzięta po jedzeniu daje często odczyn ujemny, czyli sama przez się przeszkadza odchyleniu komplementu. Podobnie i tuberkulina, użyta jako antygen, przeszkadza odczynowi, należy więc zawsze używać jako antygenu bakteryi gruźliczych lub ich wyciągów (Zakład Calmetea w Lille).

Mimo uwzględnienia wszystkich błędów oraz wykonania odczynu według przepisów powyższych, nie można powiedzieć, by miał on jakąś praktyczną wartość rozpoznawczą, gdyż, jak stwierdzają Bezançon i H. de Sorbonnes, wynik bywa ujemny w $^1/_3$ przypadków notorycznej gruźlicy bez względu na jej rodzaj. Wynik więc ujemny w przypadku wątpliwym nie pozwala wyłączyć gruźlicy. Natomiast odczyn jest zawsze ujemny u niegruźliczych. Wogóle odczyn jest bardzo zmienny, znika, to znów pojawia się, z dnia na dzień, nawet u tego samego osobnika. Z tego wszystkiego wynika, iż odczyn odchylania komplementu nie daje w zastosowaniu praktycznem wcale wyników zadawalniających ani pod względem rozpoznawczym, ani prognostycznym.

Używając tuberkuliny jako antygenu poszukiwali niektórzy autorowie niweczników gruźliczych w wysiękach opłucnych, oraz otrzewnych i znajdowali je nawet częściej, niż w surowicy krwi.

Metoda odchylenia komplementu jednakże, polegająca na swoistym odczynie ustroju wobec drobnoustroju zakażającego, może tak dobrze służyć do wykrycia niwecznika, jakoteż i antygenu (tuberkuliny). Chcąc wykonać to drugie, nie miesza się antygenu ze surowicą, która zawiera odpowiedni niwecznik, lecz surowicę, wogóle płyn, w którym przypuszcza się obecność antygenu (tuberkuliny), z surowicą uodporniającą znaną i określoną, zawierającą niwecznik swoisty dla antygenu badanego. W ten sposób Bruck (Deut. med. Woch. 1908 str. 945), badając surowicę osobnika, dotkniętego gruźlicą prosówkową, w obecności surowicy przeciwgruźliczej (Hoechst), która w tym przypadku służyła mu za niwecznik, zdołał wykryć w niej obecność antygenu (tuberkuliny) i to, co ciekawe, w okresach, w których tasama surowica nie zawierała niwecznika (antytuberkuliny).

Na zasadzie odczynu Bordet Gengou polega

Metoda Marmorka, który niedawno zapoznał z nią świat lekarski (Presse medic. 6 stycznia 1909). Powyżej wspomniane metody opierają się z jednej strony na przypuszczeniu, że niwecznikiem poszukiwanym w surowicy jest antytuberkulina, podczas gdy tuberkulina służyła nam za antygen, oraz z drugiej strony na usiłowaniach wykrycia tuberkuliny w surowicach chorych przy pomocy antytuberkuliny. Inaczej przedstawia się metoda Marmorka, dla której punkt wyjścia stanowi zupełnie nowe, odrębne pojmowanie patogenezy gruźlicy, przedstawione przez Marmorka jeszcze w r. 1903 w Akademii lekarskiej w Paryżu. Prątek gruźlicy według Marmorka wydziela pewną toksynę, zupełnie różną od tuberkuliny, która krąży w surowicy krwi chorego, oraz którą ustrój wydziela w moczu. Surowica więc chorego gruźliczego nie zawiera ani tuberkuliny ani antytuberkuliny, lecz tylko ową właściwą toksynę. Tej toksyny należy poszukiwać. Do wykrycia jej zaś potrzeba naturalnie jakiegoś niwecznika jej odpowiedniego; otóż jako niwecznik służy Marmorkowi specyalna jego wyrobu surowica przeciwgruźlicza, którą on otrzymuje przez wstrzykiwanie koniom bakteryi gruźliczych. Można więc, jak twierdzi Marmorek, poszukiwać owej szczególnej toksyny tak w moczu, jakoteż i w surowicy krwi.

Moczu używa się świeżego i przesączonego; komplement stanowi surowica świnki morskiej, przygotowana kilka godzin przed doświadczeniem; jeśli się bada surowicę, nie jest rzeczą konieczną używać komplementu świnki, gdyż surowica badana zawiera go w wystarczającej ilości, natomiast potrzebny jest komplement, gdy surowica badana jest stara, taka surowica bowiem traci szybko swój komplement, lub gdy pochodzi od kobiety ciężarnej, nie posiadającej komplementu. Jako hemolizyny używa Marmorek surowicy królika, któremu wstrzykiwano ciałka czerwone barana; surowicę tę unieczynnia się (56°), miareczkuje dokładnie przed każdem doświadczeniem; używa się jej do doświadczenia w ilości, która rozpuszcza 0,3 cm^3 ciałek czerwonych barana w rozcieńczeniu 1·10 w obecności 1 kropli komplementu w przeciągu 45 minut w termostacie (37°).

Praktycznie wykonuje się odczyn w następujący sposób: Do próbówki wyjałowionej nalewa się najpierw 0,2 cm^3 moczu świeżego, przesączonego, następnie 0,3 cm^3 surowicy przeciwgruźliczej, wreszcie 0,5 cm^3 komplementu świnki morskiej, poczem wstawia się wszystko to do termostatu (37°); po upływie jednej godziny dodaje się system hemolityczny, to zn. 0,3 cm^3 ciałek czerwonych barana w rozcieńczeniu 1:10 oraz wymiareczkowaną ilość hemolizującą amboceptora i po godzinie pobytu mieszaniny w termostacie odczytuje się wynik, który może być trojaki:

a) Hemoliza zupełna wykazuje brak toksyny gruźliczej.

b) Brak hemolizy występuje u osobników gruźliczych wysoko gorączkujących lub wyniszczonych.

c) Hemolizę niezupełną spostrzega się u osobników gruźliczych bez gorączki lub z niewielką ciepłotą; istnieje też cała skala hemoliz niezupełnych, zależnie od mniejszej lub większej ilości toksyny w surowicy.

Marmorek, badając surowice 600 osobników, znalazł odczyn dodatni w 95 na 100 przypadków gruźlicy toksycznej, jak się wyraża; ujemny jest odczyn w sprawach gruźliczych miejscowych, nie toksycznych. Podobnie świetne wyniki, zapomocą tej metody miał wykazać Bergeron (Presse med. 1 stycznia 1910) który przeprowadził badania 213 chorych. Wyniki jego badań są następujące: na 133 osobników z gruźlicą pewną u 13 stwierdził Bergeron hemolizę nie zupełną, u reszty zupełny brak hemolizy, u dwu tylko hemolizę zupełną; u sześciu podejrzanych co do gruźlicy wykazał zupełną hemolizę, wreszcie na 74 chorych nie gruźliczych u 67 była hemoliza zupełną, a więc wynik zgadzający się ze spostrzeżeniem klinicznem, a tylko 7

przypadków dało wynik niezgodny. Z badań tych wynikałby więc tylko 4.22% wyników niezgodnych z rozpoznaniem klinicznem, co świadczyłoby o wielkiej wartości rozpoznawczej powyższej metody.

Inaczej jednak zapatruje się na tę metodę Bezançon (Journal med. franç. styczeń 1910), który rozumuje w następujący sposób: Ponieważ metoda Bordet Gengou stara się wykazać w surowicy chorego na gruźlicę obecność niwecznika, metoda zaś Marmorka, która niczem innem nie jest, jak tylko zmodyfikowaną metodą Bardet Gengou, usiłuje znaleźć w surowicy chorego toksynę gruźliczą, wynika z tego, iż o ile zasada metody odchylenia komplementu jest dokładną, istnieją równocześnie obok siebie w surowicy osobnika gruźliczego i toksyna i jej antytoksyna (niwecznik), a więc substancye, które jak wiadomo posiadają wielkie powinowactwo do siebie tak, iż zmieszane razem są zdolne odchylić komplement »in vitro«; dziwnym więc wydaje się Bezançonowi fakt, by te substancye, skoro dają się wykryć w stanie wolnym zapomocą metody odchylenia komplementu, istniały obok siebie niezależnie bez połączenia się ani »in vitro«, ani »in vivo«.

Zaznaczyć w końcu należy, iż metoda Marmorka nie została jeszcze dokładnie i krytycznie zbadaną; ostatecznego więc zdania o jej wartości wyrzec nie można.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Prof. Winternitz. **O zwalczaniu gruźlicy.** (Wiener mediz. Wochenschrift 1911, Nr 1). Autor przestrzega przed szablonowem leczeniem gruźlicy w sanatoryach, polegającem na werandowaniu i przekarmianiu chorych. Nietylko przybytek na wadze, w ten sposób uzyskany, zwłaszcza jeśli chodzi o klasę pracującą, po powrocie do zwykłego trybu życia szybko znika, lecz często przychodzi do jeszcze większego wyniszczenia. Tego rodzaju doświadczenia sprawiły, że w Anglii w sanatoryach ludowych w miejsce werandowania wprowadzono ruch i umiarkowaną pracę na świeżem powietrzu. Niedocenione, a zdaniem autora pierwszorzędne znaczenie w leczeniu gruźlicy ma hydroterapia. Powołując się na doświadczenia Aberga, Kuthyego i swoje własne, radzi autor gorąco w każdym przypadku gruźlicy codzienne zabiegi hydropatyczne zupełnie zimną wodą.

Dr Kleinmanówna.

Prof. H. Schlesinger. **O zapaleniu opon mózgowych, wywołanem przez dwoinki zapalenia płuc i o rokowaniu tej sprawy.** (Wiener med. Wochenschrift 1911, Nr 1). Autor rozróżnia 3 formy zapalenia opon mózgowych w przebiegu zakażenia pneumokokami: 1) surowiczą, o płynie mózgowo-rdzeniowym jałowym (klinicznie »meningismus«), 2) surowiczą, w której można wykazać obecność pneumokoków w płynie mózgowo-rdzeniowym, 3) ropną. Formy surowicze mogą być wywołane przez zatrucie toksynami, a ciekawe jest spostrzeżenie autora, że niekiedy, zwłaszcza w starszym wieku, po ustąpieniu właściwej sprawy chorobowej, niektóre objawy, jak objaw Kerniga, sztywność karku, mogą utrzymywać się jeszcze niezwykle długo, całymi tygodniami. Ropna forma, występująca tak w przebiegu innych schorzeń, jakoteż jako samoistne cierpienie nawet wówczas, gdy wikła się z zapaleniem mózgu, nie daje według autora bezwzględnie złego rokowania. Autor przytacza 3 przypadki ropnego zapalenia opon mózgowych, w których sprawa zakończyła się pomyślnie. Dodatni wpływ surowicy pneumokokowej Römera widział autor w jednym przypadku. Dr Kleinmanówna.

Doc. Bernard Vas. **O rozpoznawaniu bąblowca zapomocą badania biologicznego.** (Wiener mediz. Wochenschr. 1911, Nr 4). Badanie kliniczne niezawsze może doprowadzić do pewnego rozpoznania bąblowca. Chemiczne, względnie mikroskopowe badanie płynu pęcherza bąblowca daje wprawdzie zupełną pewność co do przyrody choroby, jednakże nakłucie w tym celu wykonywane nie jest zabiegiem obojętnym, a często, o ile bąblowiec głębiej jest usadowiony, nie wiedzie do celu. Fleig i Lisbonne pierwsi zaczęli się posługiwać w celach rozpoznawczych metodą precypitacyjną; okazała się ona jednak niepewną. Właściwą serologiczną metodę badania wprowadził Włoch Guedini, któremu po raz pierwszy udało się metodą Bordet-Gengou ustalenia dopełniacza (Komplementfixationsverfahren) wykazać we krwi chorego na bąblowca swoiste niweczniki (anticorps, Antikörper). Badania późniejsze innych autorów stwierdziły również w surowicy krwi chorych na bąblowca swoiste ciała uodparniające (Immunstoffe), które można wykazać próbą ustalenia dopełniacza (Komplementfixationsprobe). Podnieść jednak należy, że po operacyi przy zupełnym braku nawrotu ciała te (Immunstoffe) mogą być wykazane jeszcze długi czas we krwi (w przypadku Weinberga jeszcze po 6 latach!), stąd wniosek, że odczyn biologiczny nie nadaje się do stwierdzania ewentualnych nawrotów. Ze względu na pewną analogię nasuwa się wobec tego pytanie, podnoszone już niejednokrotnie, czy odczyn Wassermanna bezwarunkowo przemawia za kiłą czynną.

Dr Kleinmanówna.

A. Cornelius. **O leczniczem zastosowaniu ciał mineralnych.** (Zeitschr. f. phys. u. diät. Therapie. Grudzień, 1910). Dotychczas za mało uwzględniano znaczenie ciał mineralnych dla ustroju ludzkiego. I tak n. p. kwas krzemowy, którego obecność w tkankach uważano do niedawna za coś przypadkowego, jest wedle badań ostatnich lat, podobnie jak jod, arsen i lit, stałym składnikiem tkanek ustroju, zwłaszcza tkanki łącznej. Dlatego uzasadnionem jest jego zastosowanie w schorzeniach skóry, kości, gruczołów i t. p., w postaci czystego kwasu krzemowego (acid. silic.), wody krzemowej (aqua silic.) i jego soli (natrium silic.). Dr Weissglas.

Doc. Strasser. **O poceniu się suchotników.** (Zeitschrift f. phys. u. diät. Therapie. Styczeń, 1911). Pocenie się suchotników jest następstwem zatrucia ustroju, w szczególności zaś następstwem wpływu jadów (protein), wytwarzanych przez prątki gruźlicze, na narząd regulujący ciepłotę ciała. Najskuteczniejszym środkiem leczniczym, obok klimatoterapii, jest wodoleczenie w postaci krótkotrwałych, chłodnych lub nawet zimnych częściowych nacierań ciała i to w godzinach rannych. Dr Weissglas.

Wilhelm Sternberg. **Znaczenie środków odżywczych w higienie i w kuchni.** (Zeitschr. f. diät. u. phys. Therapie. Grudzień, 1910). Znaczenie środków odżywczych zależy nietylko od ich zdolności łatwego lub trudnego spalania się w ustroju i ich wartości kalorycznej, ale także od ich wpływu na narząd smaku. Znaną jest rzeczą, że n. p. środki gorzkie (amara) zwiększają uczucie głodu, a ciała słodkie to uczucie zmniejszają. Właściwość tę okazują te ciała bez względu na swoje własności chemiczne i farmakologiczne. Stąd wynika, że chodzi tu o działanie odruchowe i to drogą narządu smaku. Dlatego też jest rzeczą ważną uwzględnianie smaku pokarmów w leczeniu dyetetycznem. Dr Weissglas.

Prof. Alois Pick. **Wodoleczenie zapalenia płuc.** (Zeitschr. f. phys. u. diät. Therapie. Styczeń, 1911). Autor wykazuje na podstawie 89 przypadków, z których jeden tylko skończył się śmiertelnie, korzystny wpływ zabiegów wodoleczniczych na czynność serca przy zapaleniu płuc. Wpływ ten objawia się w zmniejszeniu częstości tętna i jego lepszem napięciu. Pospolicie stosuje się kąpiel 22°—24° R. 8—12 minut trwającą, przy równoczesnem nacieraniu chorego w kąpieli. Kąpiel taką zastępuje bardzo dobrze częściowe nacieranie chorego raz lub kilka razy dnia wodą o ciepłocie 8° R. Dr Weissglas.

Higiena.

Lendrich i Nottbohm. **Zawartość kofeiny w kawie i strata tej podczas prażenia kawy.** (Ztschr. f. Untersuchg. d. Nahrg. u. Genussmittel Tom 18. Z. 5). Metodą własną oznaczali autorowie zawartość kofeiny w rozmaitych gatunkach kawy z rozmaitych miejsc produkcyi, znajdując, obliczone na suchą substancyę, następujące ilości:

Ameryka południowa kawa surowa 1,08—1,35%, palona 1,11—1,48; Ameryka środkowa kawa surowa 1,11—1,68%, palona 1,15—1,70%; Azya kawa surowa 1,10—1,65%, palona 1,12—1.68%; Afryka kawa surowa 1,05—2,83%, palona 1,09—2,95%; Australia kawa surowa 1,35— %, palona 1,42— %.

Kawy, zawierające przeszło 2% kofeiny, pochodziły z portugalskich kolonii afrykańskich z dziko rosnącego krzewu »Coffea camphora«; używają jej jako domieszki do najpośledniejszych gatunków kawy. Krzewy hodowlane dają produkt, zawierający najwyżej 1,65—1,68%, najmniej 1,05% kofeiny; zaś 24 gatunków, pochodzących z krzewu »Coffea arabica«, zawierały jej od 1,05 do 1,43%. Zawartość kofeiny w kawie palonej, obliczona na ciało suche, jest nieznacznie wyższa od zawartości w odpowiednim gatunku kawy surowej. Pod wpływem prażenia utraca kawa, przy ogólnej stracie wynoszącej od 14,67 do 18,33%, tylko 1,50 do 8,53% kofeiny. Zawartość kofeiny w osłonce nasiennej ziarna kawy w 2 próbach wynosiła 0,2%, w osłonkach pergaminowych 0,06 i 0,1%. L. Bier.

A. Weichel. **Wpływ soli kuchennej na bakterye wywołujące zatrucia mięsne.** (Arb. a. d. kais. Gesundheitsamte T. 35). Wpływ soli kuchennej na bakterye wspomniane jest różny, zależnie od tego, czy działa na nie sól w hodowlach sztucznych, czy też w mięsie, w przypadku zaś pierwszym od tego, czy ilość bakteryi jest w hodowli wielką czy małą. Hodowle agarowe zalane rozczynem 15%, jak również bulionowe zawierające 25% NaCl, przechowywane przy 15—18° C, zawierały zarazki żywotne jeszcze do 33. dnia. W hodowlach bulionowych z 15% NaCl, trzymanych przy ciepłocie pokojowej, obumierały bakterye po 88, zaś w agarowych posypanych solą po 58 dniach; w ciepłocie lodowni nie zamierały nawet po 95 dniach i przy znacznem zgęszczeniu soli. Bakterye wywołujące zatrucia mięsem, wprowadzone natomiast do podłoża sztucznego, zawierającego znaczną ilość soli, obumierają znacznie łatwiej. Na bakteryobójcze własności soli kuchennej w podłożach sztucznych wpływa obok ilości soli i rodzaju podłoża (agar, bulion), również postać dodanej soli (w rozczynie lub sucha), ciepłota, oraz ilość zawartych zarazków. W zgęszczeniach od 10% wzwyż jest sól kuchenna zastosowana przy ciepłocie pokojowej i wyższej dobrym środkiem niszczącym w stosunkowo niedługim czasie bakterye zatruć mięsnych.

W mięsie zakażonem wspomnianymi zarazkami przed nasoleniem obumarcie bakteryi następuje nawet przy znacznem zgęszczeniu soli do 19% tak późno, że nie można solenia uznać za sposób odpowiedni dla zużytkowania mięsa zakażonego, nawet pomijając fakt, że solenie nie niszczy toksyn wytworzonych przez bakterye. Dopiero po 75 dniach obumierały bakterye w mięsie zakażonem i solonem 12—19% soli, gdy przy 10—13% soli stwierdzić można było zarazki te w mięsie nawet po 80 dniach. L. Bier.

Lange i Poppe. **Wpływ azotu na konserwowanie się sanitarne mięsa oraz przyczynki do bakteryologii gnicia mięsnego.** (Arb. a. d. kais. Gesundheitsamte Tom 33). Przechowywanie mięsa w atmosferze azotu nie ułatwia w niczem jego przechowywania. Gnicie mięsa w tej atmosferze różni się od zwykłego gnicia jedynie tem, że nie wytwarza się przy tem amoniak wolny. Na mięsie gnijącem przy ciepłocie zwykłej nie znajdowali autorowie B. putrificus uważanego za charakterystyczny dla gnicia włóknika i mleka, ani też innych ścisłych beztlenowców. Prócz kilku gatunków ziarenkowców (Micrococcus aureus, albus, candicans, liquefaciens flavus, ureae i ureae liquefaciens) znajdowali głównie bakterye grupy odmieńca (Bact. proteus vulgar., proteus Zenkeri, cadaveris album) oraz do nich podobne (B. fluorescens liquefaciens, putidum non liquefaciens alcalifaciens), gdy natomiast grupa bakteryi okrężnicy (B. coli proximus, lactis aërogenes, coli anindolicum) i grupa bakteryi siennych (B. subtilis, coprogenes) bardzo niewybitnie się zaznaczała. L. Bier.

Kühl H. **Obecność niższych ustrojów roślinnych w maśle.** (Centralblatt f. Bacterlg. II. Abtheil. Tom 27 Z. 1—7). Masło, przesłane z powodu zjełczenia do zbadania, posiadało przy badaniu refraktometrem liczbę 41,2, zawierało wody 11%, zaś stopień jego kwaśności wynosił przed przetopieniem i przesączeniem 13,3, po tych operacyach 15,8. W maśle tem, przerosłem pleśnią, przechowywanem w warunkach zwykłych i bez przesączenia, wzrastał stopień kwaśności — zjełczenia — o wiele szybciej, niżeli w przetopionem. Rozrosłą w maśle pleśnią był pospolity pędzelkowiec szary (penicilium glaucum) obok nieznacznie rozrosłego »dematium«, co do którego niewiadomo jeszcze, czy tak, jak pędzelkowiec, rozszczepia tłuszcze. L. Bier.

M. Bub. **Własności bakteryobójcze siary.** (Centrbl. f. Bacteriol. II Abt. Tom, 27. Z. 13—16). W świeżej siarze napotykają zwykłe bakterye mleczne początkowo na znaczne trudności dla swego rozwoju; niejednokrotnie zmniejsza się w pierwszych godzinach ilość bakteryi. Przy ciepłocie 37° C objaw ten występuje jeszcze wyraźniej, trwa jednak krócej, zaś przy 15—18° C jest mniej wyraźnym, lecz trwa dłużej. Jak na bakterye mleczne, tak oddziaływa siara również i na bakterye okrężnicy, bakterye paratyfusu typu A i B, oraz na bakterye ropy błękitnej; oddziaływanie to — zmniejszenie ilościowe — uwydatnia się szczególnie i zawsze wobec bąk. okrężnicy. Zmniejszenie bakteryi nie polega na ich obumarciu, lecz głównie tylko na zbijaniu ich w grudki pod wpływem aglutynin. Fagocytoza nie wywiera tu wyraźnego wpływu. Siła oddziaływania jest indywidualną dla siary zwierząt poszczególnych. Im siara jest młodsza, t. zn. im mniej upłynęło czasu od porodu do poboru siary, tem oddziaływanie jej na bakterye jest silniejszem. Wyniki doświadczeń autora nie upoważniają przeto do twierdzenia, jakoby siara istotnie posiadała własności bakteryobójcze. L. Bier.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie administracyjne d. 11. stycznia 1911 r.

Przewodniczący R. dw. Prof. Dr Wicherkiewicz. — Obecnych członków 28.

1) Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Sekretarz stały Dr Damski odczytuje sprawozdanie za r. 1910.

»Rok ubiegły w historyi naszego Towarzystwa nie zaznaczył się żadnymi większej donioślości wypadkami, stwierdził jednak postęp i w przyroście członków i zaznaczył siłę swoją żywotną w odczuwaniu najnowszych zdobyczy na polu wiedzy lekarskiej, czego dowodem były liczne odczyty i demonstracye, mające zawsze aktualne znaczenie.

Posiedzeń naukowych odbyło się 20, administracyjnych 9. Odczytów było 18, demonstracyi 40. Prof. Browicz zakończył w marcu cykl odczytów o raku, rozpoczęty jeszcze w roku 1909. Z odczytów na czasie będących wymieniam odczyty o cholerze, związane w pewną organiczną całość, traktujący etyologię, kliniczne spostrzeżenia i profilaktykę cholery, wreszcie demonstracye chorych kiłowych, leczonych preparatem Haty-Ehrlicha. Inne odczyty odbyły się z dziedziny kliniki chorób wewnętrznych (3) fizyologii (1) ogólnej patologii (1) higieny (3) okulistyki (2) dermatologii (1)

otyatryi (1), dentystyki (1) z nauk ogólno przyrodniczych (1). Najwięcej demonstracyi odbyło się z zakresu chirurgii.

Najwyższa liczba członków biorąca udział w posiedzeniach naukowych wynosiła 85, najniższa 25. Tyle co do lokalnego ruchu polskiej medycyny, ujawniającego się w naszem towarzystwie; zaś »Przegląd lek.« jako organ nasz notował skrzętnie wszelkie objawy pracy i postępu na całym obszarze ziem polskich i członkowie nasi zupełnie dostatecznie w tym względzie byli informowani. Poza tem brało Towarzystwo również czynny udział na zewnątrz przez delegatów swoich i w sprawach czysto naukowych i społecznych i narodowych. Prof. Browicz i Dr Bier zajmowali się przygotowaniami do kongresu higieny szkolnej w Paryżu. W ankiecie w sprawie fizycznego wychowania w Wiedniu był czynny Prof. E. Godlewski. Na międzynarodowym zjeździe ginekologów w Petersburgu honorowymi prezesami byli Profesorowie Kader i Rosner, reprezentując tam polską medycynę. W zjeździe chirurgów polskich w Warszawie brał czynny udział cały szereg członków Towarzystwa, byliśmy również zastąpieni na zjeździe przemysłowo-balneologicznym we Lwowie. Prezes Prof. Wicherkiewicz zastępował Tow. lek. w komitecie obchodu grunwaldzkiego, a delegatem naszym na kongresie narodowym polskim w Washingtonie był Dr Fronczak z Buffalo. Do komitetu narodowego lekarskiego dla kongresów międzynarodowych wybrano Prof. Kostaneckiego, Dr Kwaśnickiego i Prof. Wicherkiewicza, względnie Dr Surzyckiego na wypadek, gdyby Prof. Wicherkiewicz z ogólnych wyborów już w komitecie zasiadał. W komitecie wreszcie mającym przygotować XI. zjazd lekarzy i przyrodników polskich, w lipcu b. r. w Krakowie odbyć się mający, przewodniczy Prof. Dr J. Nowak. W czerwcu uczestniczył prawie cały świat lekarski w rzadkiej uroczystości jubileuszu 35 lat zawodowej pracy Prof. Dr St. Pareńskiego na stanowisku prymaryusza oddziału chorób wewnętrznych w szpitalu św. Łazarza, a w ostatnim dniu listopada obchodziliśmy ćwierćwiekową rocznicę działalności Prof Napoleona Cybulskiego na katedrze fizyologii Uniwersytetu Jagiellońskiego. Towarzystwo lek., pragnąc uczcić jego niespożyte zasługi na polu naukowem, zamianowało go członkiem honorowym i na uroczystem posiedzeniu Prezes Tow. wręczył mu odnośny dyplom.

Ze spraw administracyjnych zanotować wypada, że ministerstwo skarbu nie przychyliło się do naszego podania o zupełne uwolnienie od podatku domowo-czynszowego »Domu lekarskiego«, że wnieśliśmy prośbę o zwykłą substancyę sejmową, i że od czerwca obowiązuje nowy regulamin, przez co sprawa połączenia się naszego z Tow. lek. galicyjskich zakończyła się.

Liczba członków zwyczajnych Tow. lek. krakowskiego wynosiła z końcem roku 1910 195, z tego nowo przystąpiło 12. Członków korespondentów liczy Tow. lek. 52, członków honorowych 18. Wskutek śmierci straciliśmy 2 członków zwyczajnych, a mianowicie śp. Dr. Henryka Sokołowskiego, gorliwego pracownika na polu ruchu zawodowego i śp. Juliana Staniszewskiego. Pamięć zmarłych uczciliśmy na odnośnych posiedzeniach«.

3) Skarbnik Dr Ackerman zdaje sprawę ze stanu kasowego.

4) Administrator »Przeglądu lekarskiego« Dr Wojciechowski zdaje sprawę ze swych czynności za rok ubiegły.

Na wniosek Dr. Bielańskiego zgromadzeni wyrażają jednomyślnie uznanie i podziękowanie Administratorowi.

5) Bibliotekarz Dr Blassberg odczytuje sprawozdanie z ruchu bibliotecznego w r. 1910.

»Do inwentarza i katalogu bibliotecznego wciągnięto w r. 1910 824 dzieł i 168 wydawnictw peryodycznych i czasopism, tak, że dnia 31. XII. 1910 było w bibliotece uporządkowanych i skatalogowanych razem 8401 dzieł i 471 wydawnictw peryodycznych. Ruch biblioteczny w porównaniu z rokiem ubiegłym wzmógł i ożywił się znacznie. W roku 1910 wypożyczono z biblioteki: Książek lub pism 253 (w r. 1909 123) zwrócono 183, zostaje zaległych 80. Nadto z ubiegłych lat nie wpłynęło dotąd 29 książek lub czasopism. Liczba członków, korzystających z biblioteki w r. 1910, wynosiła 56 (w r. 1909 32). Godziny urzędowe były w r. 1910 codziennie od 12—1 w południe. Płatny pomocnik bibliotekarza był czynny stale przez cały rok przez jedną godzinę dziennie. Dary: Szczególniejszą opieką otaczał bibliotekę Prof. Ciechanowski, który ponadto darował bibliotece cały szereg cennych kompletnych dzieł i roczników. Oprócz tego otrzymała biblioteka w roku bieżącym znaczniejsze dary w książkach od Radcy Dworu Prof. Wicherkiewicza, oraz od Drów Grażyńskiego, Kwaśnickiego, Mączki i Podobińskiego z Krakowa, nadto od Drów Dłuskiego z Zapanego, Pragera z Maryenbadu i Woynarowskiego z Chrzanowa. Stan podręczny kasy bibliotecznej przedstawia się jak następuje: Pozostałość z r. 1909 13 K 30 h; wpłynęło ze sprzedaży dubletów w 1910 35 K 94 h; zasiłek z kasy głównej 23 K. Razem dochód 72 K 24 h. Rozchód 65 K 32 h. Stan kasy 6 K 92 h. Rozchodu użyto, na skompletowanie: Annales de l'Institut Pasteur, Berliner klinische W., Presse médicale, Semaine médicale, Wiener klinische Wochenschr.«.

6) Przewodniczący zawiadamia, iż na mocy wyniku głosowania zostaje przyjęty w poczet członków Dr Józef Kostrzewski.

Przewodniczący dziękując członkom Zarządu za pomoc w pracy, składa urzędowanie w ręce Prof. Dr Cybulskiego.

7) Zgromadzeni po udzieleniu absolutoryum Zarządowi, wyrażają — na wniosek Dr Schoenguta — podziękowanie ustępującemu Prezesowi. Sekretarz Dr Bujak.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 22. listopada 1910 r.

1) Watraszewski: **Spostrzeżenia nad działaniem dioksydiamidoarsenobenzolu w objawach przymiotu.** Watraszewski stosował »606« w 100 blizko przypadkach, zarówno przy aktualnych objawach przymiotu na skórze, błonach śluzowych, przy cierpieniach stawów i kości i t. p., jak również i w zaburzeniach układu nerwowego ośrodkowego na podstawie przymiotowej. W pierwszej seryi przypadków działanie swoiste arsenobenzolu okazało się szybkiem i zadowalniającem w wysokim stopniu, a mianowicie: w okresie kiły pierwotnej, gdzie środek »606« stosowano w 8 przypadkach, w jednym tylko w przeciągu 3 miesięcy zauważył W. wystąpienie objawów ogólnych. Względnie słabsze działanie wywierał środek na zwykłe objawy w okresie drugorzędnym przymiotu, chociaż i tutaj wpływ leku okazał się wogóle bardzo skutecznym. Najlepiej zaś ujawniło się działanie rzeczonego środka przy objawach trzeciorzędnych i w przypadkach złośliwego przymiotu (lues maligna praecox), przy których wynik leczniczy był nieraz zdumiewający. W ciągu prawie 3 miesięcy, podczas których »606« stosowano przy tego rodzaju zewnętrznych objawach przymiotu (lues manifesta), W. tylko w trzech przypadkach widział nawroty, a oprócz tego w dwóch innych przypadkach, w których u chorych stosowano tenże środek zagranicą w okresie kiły drugorzędnej, mniej więcej w 2 miesiące po wstrzyknięciu. — W cierpieniach układu nerwowego na tle przymiotowem stwierdził W. w znacznej większości przypadków wyraźne polepszenie, często tam, gdzie stosowano i powtarzano bez skutku kuracye rtęciowe i jodowe. W wielu przypadkach tego rodzaju można było uważać wynik leczniczy za wprost znakomity. Tylko w zadawnionym wiądzie rdzenia i porażeniu postępującem okazał się środek »606« bezskutecznym, podczas gdy przy świeżych okresach tych cierpień następowało wyraźne polepszenie.

2) Feliks Malinowski; **Dalsze wyniki doświadczeń z przetworem Ehrlicha »606«.** Malinowski leczył,

łącznie z poprzednio ogłoszonymi przypadkami, 158 chorych preparatem »606«, z tych w okresie pierwszorzędnym 8, w okresie drugorzędnym 58, w okresie trzeciorzędnym 38, kiły układu nerwowego 26, porażenia postępującego 16, i wiądu rdzenia 8. Na zasadzie powyższego dochodzi M. do następujących wniosków: 1) »606« działa prawie zawsze znacznie szybciej od dotychczasowych środków przeciwkiłowych, rtęci i jodu. 2) Jest środkiem swoistym, gdyż zabija krętki blade i wywołuje tworzenie się w ustroju niweczników. 3) Nawroty po »606« zdarzają się, jak dotychczas wiadomo, znacznie rzadziej, niż po innych środkach. 4) Dla usunięcia objawów i wyjałowienia ustroju należy stosować dawki większe, niż początkowo proponowano, a nawet kilkakrotnie je powtarzać. 5) W razach uporczywych uciekać się należy do pomocy dotychczasowych środków swoistych: jodu i rtęci. Środki te można stosować pomiędzy wstrzykiwaniami. 6) Zupełnego wyleczenia przymiotu należy oczekiwać po stosowaniu »606« w znacznej części przypadków, jednak wyniki muszą być ściśle kontrolowane w ciągu wielu lat. 7) Dla sprawdzania wyników, szczególniej w razie braku objawów klinicznych, należy posługiwać się metodą Wassermanna.

W dyskusyi Alfred Sokołowski przytacza trzy przypadki, spostrzegane na oddziale szpitalnym, które były przedstawiane i badane na posiedzeniu sekcyi laryngologicznej. Szczególniej w pierwszym z nich wynik leczenia środkiem Ehrlicha był niezwykle pomyślny i szybki; ogromne owrzodzenie w gardle zabliźniło się doszczętnie w ciągu 2—3 tygodni. Taksamo wessał się zupełnie kilak na strunie głosowej. Niemniej pomyślny był przypadek drugi, gdzie w ciągu 10 dni zniknęły nacieki okostnej goleni, bóle, i chory jako zdrów i zdolny do pracy opuścił szpital.

Dalszą dyskusyę odłożono do następnego posiedzenia.

Tadeusz Wilczyński.

I. Zjazd lekarzy prowincyonalnych w Łodzi w dniu 4. i 5. czerwca 1911.

Komitet organizacyjny z ramienia Towarzystwa lekarskiego łódzkiego: W. Chodźko, Ks. Jasiński, M. Kaufman, A. Krusche, J. Maybaum, J. Michalski, A. Pański, L. Przedborski, S. Sterling i H. Trenkner.

Podkomitety organizacyjne: 1) Z ramienia Towarzystwa lekarskiego częstochowskiego: L. Batawia, W. Biegański i K. Rosenfeld. 2) Z ramienia Towarzystwa lekarzy gub. Kaliskiej: A. Abramski, B. Koszutski, S. Orgelbrand. 3) Z ramienia Towarzystwa lekarzy gub. Kieleckiej: K. Hein, J. Lewinson i B. Szenk. 4) Z ramienia Towarzystwa lekarzy gub. Lubelskiej: A. Brzeziński, B. Dziemski i J. Kiełczewski. 5) Z ramienia Towarzystwa lekarskiego płockiego: J. Kunig, B. Mazowiecki i A. Zaleski. 6) Z ramienia Towarzystwa lekarskiego gub. Radomskiej: H. Fidler, J. Pełczyński i A. Szczepaniak. 7) Z ramienia Towarzystwa lekarskiego siedleckiego: W. Antoniak, A. Jarosiński i E. Wiszniewski. 8) Z ramienia Towarzystwa lekarzy Zagłębia Dąbrowskiego: J. Czajkowski, S. Falkowski i J. Puterman.

Regulamin Zjazdu. 1) Celem Zjazdu lekarzy prowincyonalnych jest dążenie do podniesienia pracy lekarsko-naukowej i lekarsko-społecznej wśród lekarzy prowincyonalnych Królestwa Polskiego. 2) Członkiem Zjazdu może być każdy lekarz w Królestwie Polskiem zamieszkały. 3) Zjazd trwać będzie dni dwa, 4. i 5. czerwca r. 1911. Posiedzeń będzie cztery, po dwa dziennie: od 11 rano do 2 i od 3 popołudniu do 6. Uwaga: W sobotę, dnia 3 czerwca, odbędzie się o godz. 7 wieczór posiedzenie uroczyste Towarzystwa lekarskiego łódzkiego. 4) W godzinach od 8 rano do 11 dnia 4. i 5. czerwca, członkowie Zjazdu będą mogli zwiedzać zakłady lekarskie, higieniczne i pokrewne w Łodzi istniejące. 5) Życzący sobie wziąć udział w Zjeździe zgłoszenia swe kierują bądź do Podkomitetów organizacyjnych, bądź do skarbnika Zjazdu (Dr J. Michalski, Łódź, ulica Piotrkowska Nr 88). 6) Każdy członek Zjazdu płaci składki rubli 6, osoba towarzysząca płaci rub. 3. 7) Każdy członek Zjazdu może wcześniej zamówić sobie mieszkanie, zwracając się o to do skarbnika Zjazdu. 8) Życzący sobie wygłosić odczyt na posiedzeniach Zjazdu, tematy zgłaszać zechcą przed dniem 1 kwietnia 1911, pod adresem sekretarza Zjazdu (Dr W. Jasiński, Łódź, ulica Piotrkowska Nr 108). 9) Prelegenci muszą przed dniem 15. kwietnia nadesłać na ręce sekretarza Zjazdu krótkie (parowierszowe) streszczenia swych odczytów (ponieważ przesłane być muszą władzom na miesiąc przed otwarciem Zjazdu). 10) Odczyt nie może trwać dłużej nad minut dwadzieścia; w dyskusyi przemawiać wolno nie dłużej nad pięć (przy powtórnem zabraniu głosu — minut trzy). 11) Każdy członek Zjazdu otrzyma zeszyt protokołów Zjazdu.

Biuro Zjazdu będzie czynne w ciągu dni 3. 4. i 5. czerwca od 10 rano do 7 wieczór (ulica Spacerowa 21, I. piętro, front).

Tematy główne: 1) O pracy naukowej lekarza prowincyonalnego. Referent: Wł. Biegański (z Częstochowy). II. Sprawność szpitali prowincyonalnych Królestwa wobec najniezbędniejszych rękoczynów chirurgicznych. Referent: S. Dobrucki (z Lublina). III. Postępy położnictwa. Referenci: Czerwiński (z Lublina) i M. Kaufman (z Łodzi).

Odczyty (zgłoszone do dnia 1. lutego r. 1911): 1. W. Chodźko (z Kochanówki): Stan opieki nad umysłowo chorymi w Królestwie Polskiem. 2) W. Puławski (z Radziejowa): O reinjekcyi surowicy przeciwbłoniczej, na zasadzie danych otrzymanych w ciągu lat szesnastu z praktyki własnej. 3) E. Brunner (z Warszawy): O walce z wilkiem. 4) K. Rosenfeld (z Częstochowy): O chorobie posurowiczej. 5) S. Rutkowski (z Płońska): Stan fizyczny naszej ludności krótko- i długogłowej. 6) A. Jarosiński (ze Sterdyni): O szpitalnictwie w gubernii Siedleckiej. 7) A. Jarosiński (ze Sterdyni): Stanowisko i byt lekarza na prowincyi. 8) E. Wiszniewski (z Siedlec): O gruźlicy chirurgicznej w szpitalu Najśw. Maryi Panny w Siedlcach w ubiegłem dziesięcioleciu. 9) Z. Garlicka (z Łodzi): O walce z rakiem macicy. 10) T. Łapiński (z Warszawy): O leczeniu epilepsyi. 11) J. Idzikowski (z Pruszkowa): O działalności kulturalno-higienicznej lekarzy szkół początkowych. 12) J. Idzikowski (z Pruszkowa): O potrzebie zakładów hydro- i mechanoterapeutycznych na prowincyi. 13) J. Brzeziński (z Zawiercia): O dyecie naszych szpitali, ze szczególnem uwzględnieniem dyety w szpitalu fabryki »Zawiercie«. 14) S. Sitkowski (z Radzynia): O aseptyce położniczej w praktyce prywatnej. 15) K. Lidmanowski (z Zagórowa): Organizacya pomocy lekarskiej dla ludu. 16) J. Puterman (z Sosnowca): O małych pracowniach dyagnostyczno-rozbiorowych. 17) C. Raszkes (z Radomia): O postępach położnictwa. 18) J. Pełczyński (z Radomia): Stan rzeczoznawstwa sądowo-lekarskiego na prowincyi. 19) W. Kohn (z Częstochowy): Wartość praktyczna teoryi Wassermanna.

Dalsze odczyty będą ogłaszane w pismach lekarskich.

Celem ujęcia w jednolity obraz stanu opieki nad umysłowo chorymi w Królestwie Polskiem rozesłany został kwestyonaryusz, opracowany przez Dr Chodźkę, naczelnego lekarza szpitala »Kochanówka« pod Łodzią. Z ważniejszych pytań tego kwestyonaryusza wymienić nalżey pytania, dotyczące liczby umysłowo chorych znajdujących się w danym szpitalu w d. 1. stycznia 1911 r. i leczonych w ciągu 1910 r., (w tej liczbie idyotów, epileptyków, alkoholików), wyników leczenia, podsądnych na obserwacyi i dożywotnie, samobójstw chorych i usiłowań samobójstw, ucieczek chorych, systematycznej pracy, przechadzek, rozrywek dla chorych, używania kaftanów, częstości krwiaków usznych, używania łóżek siatkowych, leczenia łóżkowego (Bettbehandlung). wanien, kąpieli przedłużonych; dalej żywienia chorych, jego kosztów, ilości sal sypialnych i pokojów, objętości powietrza na jednego chorego na sali ogólnej, pokojów izolacyjnych, sal dziennego pobytu, werand, jakości okien w salach, sposobu ogrzewania i oświetlania sal; następnie liczby, wynagrodzenia i kosztu żywienia służby, sypiania jej na salach, dyżurów nocnych, ilości dni wolnych, mieszkań służby, liczby służących żonatych, częstości zmiany służby, płacy i zaopatrzenia na starość, sposobu nauki pielęgnowania chorych, alkoholizmu wśród służby, stosunku służby do chorych, liczby dozorców, felczerów, sióstr, lekarzy, ich wynagrodzenia, czynności, wykształcenia i mieszkania; wreszcie opłat za chorych, stosunku ludności okolicznej do umysłowo chorych i istnienia lub nie warunków we wsiach okolicznych do zaprowadzenia systemu opieki rodzinnej nad umysłowo chorymi (patronage familial).

Franciszek König.

(Wspomnienie pośmiertne).

Chirurgia straciła z końcem ubiegłego roku znowu jedną swą podporę i to z grupy mistrzów takich, jak Thiersch, Hüter, Billroth, Volkmann, Bergmann i t. p.

Franciszek König należał do tych wyjątkowych ludzi, którzy umierając w tak późnym (a rzadkim dla chirurgów) wieku, bo 79 lat, żegnali ten świat z żalem; ostatniemi słowami zmarłego było: »Es war doch ein schönes, langes Leben«. A przecież König walczył bardzo w życiu. Działalność na katedrze uniwersyteckiej poprzedził u niego długi okres praktyki prowincyonalnej i właśnie to jest wielką zasługą zmarłego, że mimo wszystko, wybił się na tak wysokie stanowisko, wyprzedzając tych, którzy mieli łatwiejsze po temu warunki. Na uniwersytet uczęszczał König w Marburgu. Potem po promocyi przechodził przeróżne koleje. Był asystentem zakładu wodoleczniczego, potem kliniki lekarskiej w Marburgu, następnie był asystentem Rosera tamże, później osiadł w Homburgu, jako lekarz praktyczny. Potem objął posadę fizyka w Hanau, zarazem kierując szpitalem. Tutaj już, przez lat 10 zasłynął jako operator, a zarazem anatomopatolog i z Hanau też wyszło bardzo wiele jego cennych prac. Od r. 1869 zaczyna się już karyera uniwersytecka, mianowicie w Rostocku (po Hüterze), w Göttingen, a w końcu w Berlinie, gdzie też życia dokonał.

Z licznych a cennych prac Königa najważniejsze są przyczynki do chirurgii kończyn, zwłaszcza gruźlicy stawów, podręcznik chirurgii, który wyszedł w kilku wydaniach i językach, monografie zawarte w chirurgii Pitha-Billrotha, prace o leczeniu następowem chorych po tracheotomii (rurka Königa), rozprawy w »Deutsche Chirurgie« i wiele innych.

König był człowiekiem żelaznej wytrwałości i mrówczej pracy. Sam robił całe serye preparatów drobowidowych, pracował w licznych wydawnictwach, nie zaniedbując i czynności obywatelskich. W r. 1904 przeszedł na emeryturę, ale pracował ciągle dalej niestrudzenie i jeszcze do podręcznika Ebstein-Schwalbego napisał rozdział o chorobach serca i naczyń.

A. Klęsk.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Krajowa Rada Zdrowia zajmowała się na posiedzeniu w d. 11. II. 1911 we Lwowie następującemi sprawami: uzupełnienie instrukcyi dla oglądaczy zwłok, taksa leczenia w szpitalu w Kosowie, posada docenta higieny w seminaryum w Kołomyi, okrąg sanitarny w Bieczy, prywatny zakład położniczy we Lwowie. Wreszcie uchwaliła Rada Zdrowia zaznaczyć, że konieczną jest rzeczą, aby państwowy Zakład surowic w Wiedniu miał zawsze w zapasie dostateczną ilość surowic i szczepionek dla celów dyagnostycznych i leczniczych, w szczególności obecnie szczepionki przeciwdżumowej.

— Dyplom doktorski uzyskali pp. Karol Krzysztoforski z Wadowic, Kornel Michejda z Bystrzycy na Śląsku austryackim, Romuald Sikorski z Górskiego w Król. Pol., Zofia Marya Wyżykowska ze Trzciany w Galicyi i p. Wilhelm Türschmid z Rodatycz.

— Sekcya czortkowska Towarzystwa lekarzy galicyjskich odbyła dnia 4. lutego b. r. posiedzenie administracyjno-naukowe, na którem wybrano na rok najbliższy: prezesem Dr Karola Wągrowskiego, zastępcą prezesa Dr Fr. Sękiewicza, sekretarzem administracyjnym Dr E. Gargulińskiego, naukowym Dr Al. Zawadzkiego, wszystkich z Czortkowa, delegatami na Walne Zgromadzenie Dr Sękiewicza z Czortkowa i Dr Hirschlera z Buczacza.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 5. II. do 11. II. 1911 zgłoszono przypadków: błonicy 10 † 3 (w tem obcych 4 † 2), krztuśca 6, ospy wietrznej 6, płonicy 4, odry 20 † 1 (1 † —), gorączki połogowej 1 † 1, róży 1. Dr Janiszewski.

Warszawa. Na posiedzeniu Komisyi antropologicznej przy Wydziale II. Towarzystwa naukowego warszawskiego, odbytem w dniu 28. stycznia r. b., p. K. Stołyhwo przedstawił nowe uzupełnienia i zmiany w budowie osteoforu-projekcyometru, oraz demonstrował ten przyrząd, p. E. Majewski podał wiadomość o nowych wykopaliskach w Iwanowicach nad Dłubnią, p. K. Stołyhwo zdał sprawę ze stanu prac przygotowawczych nad instrukcyą do badań antropologicznych.

— Posiedzenie Wydziału III. Towarzystwa naukowego warszawskiego odbyło się d. 9. lutego r. b. Na wstępie sekretarz przedstawił krótki zarys działalności Wydziału nauk matematycznych i przyrodniczych w ciągu pierwszych trzech lat istnienia Towarzystwa. Wydział odbył 26 posiedzeń, na których przedstawiono 140 oryginalnych rozpraw naukowych. Krótkie streszczenia tych prac, zamieszczone w »Sprawozdaniach« Towarzystwa, zajęły przeszło 1000 stron druku, prócz prac większych rozmiarów, wydanych oddzielnie. Sekretarzem Wydziału na następne trzechlecie wybrano ponownie p. J. Tura. Następnie przedstawiono 10 prac, między niemi p. Maryi Dunin-Karwickiej: »Gdzie znajdują się w warunkach fizyologicznych dwójłomne lipoidy w ustroju ludzkim«, p. J. Tura: »Anomalie dojrzewania jaj mięczaka Philine aperta L.« i p. St. Sterlinga p. t.: »Z histologii wątroby«.

— Bezimienny ofiarodawca ofiarował Towarzystwu lekarskiemu warszawskiemu 8000 rb. na fundusz, z którego odsetki służyć mają na zasiłki dla lekarzy, pragnących uzupełnić swe wykształcenie. (Gaz. lek. 6).

— D. 2. II. 1911 poświęcono i otwarto nowo zbudowany Zakład dla umysłowo nierozwiniętych dzieci, utrzymywany przez Zbór ewangelicko-augsburski. Zakład, istniejący od lat kilku, może w nowym budynku pomieścić 100 wychowanków; obecnie jest ich 37.

Kielce. Towarzystwo lekarskie kieleckie wybrało na następne trzechlecie prezesem Dr A. Czaplickiego (ponownie), bibliotekarzem Dr I. Lewinsohna. Do składu zarządu Towarzystwa oprócz powyżej wymienionych należą Dr Jedlicki skarbnik, Dr A. Kopczyński sekretarz, Dr J. Daszyński zastępca prezesa, oraz członkowie zarządu Dr M. Zawadzki i Dr Br. Laskowski.

Z różnych stron. Porządek dzienny posiedzenia Wydziału lek. »Polskiego Związku lek. i przyr.« w Petersburgu w d. 28. I. (10. II.) b. r. obejmował wykłady: Dr Michałowicza: »Odrębność przebiegu gruźlicy u dzieci, rozpoznanie jej, oraz zabiegi lecznicze« i doc. Dr Noiszewskiego: »O czuciu gruczołowem (adenaesthesia)«.

— Czytamy w dziennikach: »Przygotowując do druku pamiętniki Dr Stanisława Morawskiego, poszukuję przyczynków do Jego życiorysu. Dr Morawski urodził się w r. 1802 w powiecie trockim. Po ukończeniu w r. 1823 wydziału lekarskiego na uniwersytecie wileńskim, gdzie wszedł w bliższe stosunki z młodzieżą filarecką i należał do Towarzystwa filomatycznego, praktykował w Kownie, następnie wyjechał do Petersburga, gdzie w latach 1829—1835 był urzędnikiem do szczególnych poruczeń przy cywilnym generalnym lekarzu sztabowym, przez pewien czas był również lekarzem przy kancelaryi ministra sekretarza stanu Królestwa Polskiego, Ignacego Turkułła. Brał czynny udział w ówczesnem życiu towarzyskiem nad Newą, bywając w wielu domach polskich i rosyjskich. W r. 1838 powrócił do kraju i zamieszkał w rodzinnym majątku Ustronie, w powiecie trockim. Zmarł bezpotomnie w r. 1853. Osoby, posiadające jakiekolwiek wiadomości o Dr St. Morawskim, zechcą łaskawie porozumieć się ze mną. Henryk Mościcki. (Warszawa, Al. Ujazdowskie 16)«.

— Protektorat austryackiego Towarzystwa badania i zwalczania raka przyjął cesarz Franciszek Józef.

— Międzynarodowy komitet dla dalszego kształcenia się lekarzy (Intern. Komitee für das ärztliche Fortbildungswesen, Comité intern. pour l'enseignement medical complementaire) zajmuje się obecnie gromadzeniem materyału, któryby pozwolił udzielać lekarzom wszelkich potrzebnych informacyi o kursach lekarskich i t. p. Informacyi tych udziela b e z p ł a t n i e biuro komitetu (Berlin NW. 6. Luisenplatz 2—4), które komunikaty swe ogłasza w 3 językach: niemieckim, francuskim i angielskim. Obecnie wydało biuro wskazówki o kursach dla lekarzy, odbywających się w półroczu pierwszem b. r. w Niemczech, Anglii i na Węgrzech. Oprócz tego zbiera komitet dane, dotyczące urządzenia studyów lekarskich i sposobu nauczania medycyny w całym świecie cywilizowanym.

— III międzynarodowy Zjazd laryngo-rynologiczny odbędzie się w Berlinie 30. VIII. do 2. IX. b. r. pod przewodnictwem prof. Dr B. Fränkla. Ze Zjazdem połączona będzie wystawa naukowa. Tematami obrad będą: 1) Stosunek fonetyki doświadczalnej do laryngologii (referenci Gutzmann, Struyken). 2) Bronchoskopia i ezofagoskopia (Killian, Kahler, Chevalier Jackson). 3) Stosunek tkanki limfatycznej nosa i jamy nosowogardłowej do całego ustroju. (Broeckaert, Poli, Turner). 4) T. zw. włókniste polipy nosowogardłowe (Jacques, Hellat). Wyjaśnień udziela sekretarz Zjazdu, prof. Rosenberg. (Berlin N. W. Schiffbauerdamm 26).

— Ciekawe badania nad roznosicielami drobnoustrojów błonicy w szpitalach przeprowadził Lippmann z Hamburga. Szpital św. Jerzego w Hamburgu liczy 1500 łóżek i ma do obsługi chorych 90 sióstr, 93 pielęgniarek, 48 posługaczek i 50 posługaczy. W czasie panującej epidemii błonicy badano szczegółowo służbę szpitalną i znaleziono prątki błonicze niemal u połowy służby.

K.

— W Paryżu zawiązało się pod przewodnictwem prof. Roux »Towarzystwo ochrony dzieci przed gruźlicą«. Zbiera ono dzieci (w wieku od 8—13 lat) rodzin gruźliczych i umieszcza je po wsiach. Tutaj dzieci uczą się rzemiosł, uprawy roli i t. p. Towarzystwo rozporządza już kapitałem 150.000 franków. X.

— Czyniąc zadość dawno już odczutej potrzebie, zawiązał się niedawno w Wiedniu komitet, mający na celu założenie »Austryackiego Towarzystwa dla pielęgnowania zębów w szkołach«. Do komitetu należą między innymi: referent sanitarny ministeryum spraw wewnętrznych radca min. Dr de Haberler, jako przewodniczący, radca min. oświaty Dr Heinz, Prof. Dr Scheff, doc. Dr Burgerstein, docenci Dr Weiser i Dr Fleischmann, Dr Karolyi i Dr Wolf (sekretarz) i i. Statuty Towarzystwa, które zostały już przedłożone ministeryum spraw wewnętrznych, postanawiają utworzenie związków filialnych we wszystkich prowincyach, które mają żywo propagować myśl pielęgnowania zębów w szkołach, pozostając w ciągłej styczności z Towarzystwem centralnem wiedeńskiem. Ze względu na higieniczno-społeczne znaczenie wszczętej akcyi, należy się spodziewać, że myśl ta znajdzie w najobszerniejszych kołach poparcie.

— W pruskiej Izbie posłów oświadczył minister Dallwitz, że rząd już opracował projekt ustawy o paleniu zwłok. X.

— Projekt nowej ustawy o domokrążtwie zawiera postanowienie, że kompetujący o handel obnośny, mają udowodnić świadectwem lekarskiem, że nie cierpią na żadną chorobę zaraźliwą, ani też wstręt budzącą. X.

— Przeciwko pijaństwu wprowadzono w Kopenhadze i Amsterdamie następujący środek: policyant przewozi pijanego w dorożce do lekarza policyjnego, który bada go i odsyła dorożką do domu. Na drugi dzień właściciel szynku dostaje rachunek za wizytę lekarską i dorożkę swego gościa. X.

— Przyznany w r. b. po raz pierwszy »Złoty medal chirurgii« i 5000 franków nagrody, utworzonej przez prof. Lannelonguea, otrzymał za rok przeszły Sir Victor Horsley, słynny chirurg londyński. X.

Powołani: patolog prof. Schmidt z Zürichu do Marburga.

Zmarli: internista prof. Stern we Wrocławiu, pedyatra prof. Escherich w Wiedniu.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung. Zesz. 2. (Monachium, Lehmann). Cena rocznika 16 Mk.

Zeszyt za luty, poświęcony według programu chorobom krążenia i oddychania, obejmuje w r. b. rozprawy prof. Ortnera o bólach w okolicy serca (bóle w ścianie klatki piersiowej, bóle sercowe, dusznicowate [anginoide Schmerzen], dusznica bolesna, i t. d.), oraz o leczeniu stwardnienia tętnic lekami i sposobami fizycznymi. Z zakresu chorób narządu oddychania podaje w zastępstwie prof. Brauera asystent jego Dr O. Bruns pracę o rozedmie płuc i jej leczeniu. Z.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 1. marca 1911 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Prof. Kostanecki: Hernia obturatoria (demonstracya), 2) Dr Janiszewski i doc. Nitsch: O pracowni bakteryologicznej miejskiej. 3) P. Borkowski: Ehrlich i jego teorya.